

614.2
M59

Ion Mereuță
Nicolae Bucun
Ghenadie Rotaru

Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova



Chișinău, 2010

614.2
1459

Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova

USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Asociația Judecătorilor din Republica Moldova

Asociația „Pentru Demnitate Umană” din Republica Moldova

Ion MEREUȚĂ
Nicolae BUCUN
Ghenadie ROTARU



Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova

691089

Universitatea de Stat
de Medicină și Farmacie
«Nicolae Testemițanu»
BIBLIOTECA

sl. 113

Chișinău – 2010

CZU: 614:347.962 (478)

M59

Autori:

Mereuță Ion, medic și jurist, d.h.m., profesor universitar, Director al Clinicii Oncologie Generală, Catedra Oncologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP IOM, Director al Departamentului Jurisdicție Profesională a Ligii Medicilor, Președinte al Asociației „Pentru Demnitate Umană” din Republica Moldova, Academician al AN din Rusia și AȘI România

Bucun Nicolae, d.h.p., profesor universitar, Academician ASPM din Rusia

Rotaru Ghenadie, medic internist, doctorand USMF „N. Testemițanu”

Recenzenți:

Grăjdianu Tudor, d.h.m., profesor universitar, Catedra „Sănătate Publică și Management”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Gînu Domnica, doctor în psihologie, conferențiar universitar, UPS “I.Creangă”

Puşcaş Victor, judecător, doctor în drept, ex-Președinte al Curții Constituționale din Republica Moldova

Lucrarea, sub prisma formării și dezvoltării personalității judecătorului, a particularităților personale a lui, condițiilor specifice de muncă, caracterizează starea psiho-fiziologică și psiho-socială a judecătorilor, evidențiază, elucidează și analizează interconexiunea factori de risc – stres ocupațional și reflectă aspectele medico-sociale ale sănătății medico-sociale ale sănătății și morbidității la judecători, adaptării lor și stresul cronic judecătoresc.

Se propun metode adecvate de combatere a stresului și mecanisme de coping.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Mereuță, Ion

Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova / Ion Mereuță, Nicolae Bucun, Ghenadie Rotaru; USMF “Nicolae Testemițanu” din Rep. Moldova, Asoc. Judecătorilor din Rep. Moldova, Asoc. “Pentru Demnitate Umană” din Rep. Moldova. – Ch. : “Infohandi” SRL, 2010. – 120p.

Bibliogr.: p- 106. – 50ex.

ISBN 978-9975-9819-7-2.

614:347.962(478)

M 59

© Ion MEREUȚĂ, Nicolae BUCUN, Ghenadie ROTARU

CUPRINS

| | |
|---|-----------|
| PREFAȚĂ | 5 |
| CAPITOLUL I. | |
| Caracteristica activității profesionale a judecătorilor și influența ei asupra morbidității somatice și psihice la acest contingent | 11 |
| 1.1. Particularitățile activității profesionale a judecătorilor | 11 |
| 1.2. Stresul ocupațional și mecanismele de coping | 13 |
| 1.3. Factorii de risc profesional în activitatea judecătorilor | 23 |
| 1.4. Profilul de personalitate a magistraților | 35 |
| 1.5. Concluzii | 39 |
| CAPITOLUL II. | |
| Morbiditatea somatică și influența factorilor activității profesionale asupra structurii și răspândirii patologiei somatice la judecători..... | 41 |
| 2.1. Structura morbidității somatice la judecători | 41 |
| 2.2. Deprinderi dăunatoare și factorii activității profesionale ce influențează morbiditatea judecătorilor. | 46 |
| 2.3. Caracteristica comparativă a morbidității judecătorilor, profesorilor și populației adulte din RM | 51 |
| 2.4. Concluzii | 61 |
| CAPITOLUL III. | |
| Caracteristica psiho-socială a judecătorilor în RM | 62 |
| 3.1. Caracteristica socială a judecătorilor | 62 |
| 3.2. Condițiile formării și dezvoltării particularităților personale a judecătorilor | 64 |
| 3.3. Evaluarea psihodiagnostică a judecătorilor | 71 |
| 3.5. Caracteristica grupului de control | 83 |
| 3.6. Concluzii | 87 |
| CAPITOLUL IV. | |
| Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători | 89 |
| 4.1. Grupele de judecători cu grad diferit de rezistență la stres | 89 |
| 4.2. Mecanismele de coping în activitatea judecătorilor | 95 |
| 4.3. Concluzii | 102 |
| Concluzii și recomandări | 103 |
| Bibliografie | 106 |
| Anexe | 120 |

LISTA ABREVIERILOR

- AMP** – asistență medicală primară
AMS – asistență medicală specializată
AMT – asociație medicală teritorială
BPOC – bronhopneumopatia cronică obstructivă
CA – Curtea de Apel
CI – cardiopatie ischemică
CIM-10 – clasificator internațional al maladiilor, ediția a 10-a
CMF – centrul medicilor de familie
CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNMS – Centrul Național de Management în Sănătate
CSJ – Curtea Supremă de Justiție
DZ – diabet zaharat
HTA – hipertensiunea arterială
IMSP – instituție medico-sanitară publică
IT – tehnologii informaționale
MF – medic de familie
MJ – Ministerul Justiției
MS – Ministerul Sănătății
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
PA – Personalități Accentuate
RM – Republica Moldova
SCV – sistemul cardiovascular
SGA – sindrom general de adaptare
UD – ulcer duodenal

PREFAȚĂ

Raspîndirea patologiilor psihosomatice la contingentul cu suprasolicitare psihoemoțională permanentă este bine cunoscută. Actualitatea acestei probleme se dovedește prin cercetările active în ultimii ani a sănătății unor categorii profesionale legate de stresul permanent. Stresul, în general, și stresul profesional, în particular, au devenit tot mai frecvent obiect de studiu în ultimii 10 ani. Printre cei mai frecvenți factori de risc care afectează sănătatea omului, alături de obezitate, alcoolism, droguri și fumat, se află stresul. Studiile au arătat că stresul prelungit poate fi corelat atît cu debutul, cît și cu întreținerea unor maladii. Există dovezi consistente că stresul poate elimina capacitatea sistemului imun de a lupta cu boala. Astfel, a fost demonstrată legătura între stres și hipertensiune arterială, cardiopatie, diabet zaharat, boala ulceroasă, cancer, boli de piele (eczemă, psoriaz), astm bronșic.

Reformarea sistemului judiciar reprezintă un pas necesar pentru consolidarea statului de drept în Republica Moldova, precum și pentru existența unei justiții funcționale și independente, care ar asigura respectarea drepturilor și libertăților omului și în care ar avea încredere deplină societatea. O parte componentă a procesului de reformă este fortificarea capacității sistemului judecătoresc prin optimizarea condițiilor de muncă și minimalizarea influenței factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătății judecătorilor. Totodată, creșterea calității și eficacității funcționării sistemului judiciar, presupune creșterea cerințelor către judecători

ca putere statală, inclusiv pregătirea profesională și particularitățile personale a acestora. În procesul de selecție a candidaților la funcția de judecător este necesar de a trece de la aprecierea personală subiectivă la testarea psihologică profesională bazată pe date științifice confirmate. Judecătorul este singurul participant al procesului de judecată, care are drept să reprezinte statul, astfel personalitatea lui, precum și starea psihosomatică au o importanță extrem de mare. Sănătatea psihosomatică a judecătorilor prezintă o problemă majoră ca rezultat a suprasolicitărilor neuropsihice serioase, ce le revin în timpul exercitării obligațiunilor profesionale, totodată lipsește un sistem funcțional de observare și reabilitare medico-psihologică. Starea sănătății judecătorilor are o mare importanță socială, deoarece din cauza surmenajului și suprasolicitării psihoemoționale crește posibilitatea unei decizii greșite, cu urmări deseori imprevizibile.

În urmă cu câțiva ani categoriile profesionale considerate prin definiție stresante erau: piloții de încercare, controlorii de trafic aerian, cosmonauții, lucrătorii de la căile ferate și medicii, mai ales chirurgii; astăzi, lista s-a mărit adăugându-se printre altele și lucrătorii organelor de drept, fapt confirmat prin activizarea cercetării sănătății categoriilor profesionale supuse stresului permanent. Dacă preocupările de medicină ocupațională au fost inițial orientate spre industrie, treptat s-a realizat faptul că au fost neglijate sectoare importante ale societății, cu prezența unor reali factori de risc pentru sănătate. Au fost neglijate mai ales sectoarele cu activități preponderent intelectuale, printre care și sectorul judecătoresc. Activitatea profesională a judecătorilor este legată de cerințe comportamentale, cognitive și emoționale extrem de solicitante, iar stresul profesional este o problemă ce capătă amploare în majoritatea țărilor. Din această cauză fenomenul nu reprezintă doar o problemă socială, ci și una științifică. Studiarea influenței factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătății judecătorilor de către cercetătorii autoctoni nu s-a efectuat niciodată.

De fapt astfel de cercetări în literatura internațională sunt foarte puține și nu sunt complexe, conțin doar parțial date despre răspîndirea și particularitățile etiopatogenetice a dereglărilor somatice și psihoneurologice la contingentul dat. Primul a abordat această problemă psihologul Isaiah M. Zimmerman, care considera că factorii principali care determină dezvoltarea stresului profesional sunt izolarea socială, volumul mare de lucru, care se află în creștere permanentă, legislația în continuă schimbare etc. Este cunoscut faptul că în condițiile insuficienței de cadre, permanent crește numărul dosarelor, care trebuie examinate într-un termen fixat de lege. Astfel judecătorii se află în condiții de suprasolicitare fizică și mintală permanentă, se dezvoltă oboseala cronică, apatia, fatigabilitatea, ce are influență negativă asupra sănătății somatice a judecătorilor.

Monitorizarea morbidității reprezintă o parte componentă obligatorie pentru cunoașterea dinamicii stării de sănătate a diferitelor categorii de populație și are o importanță mare în activitatea curativ profilactică a instituțiilor medico sanitare. În ultimii ani a crescut de cîteva ori numărul dosarelor examinate în judecătoria, numărul judecătorilor rămânând practic neschimbat. Totodată în ultimul timp s-au înmulțit cazurile de agresiune asupra judecătorilor și membrilor familiilor, nu putem nega și presiunea exercitată de către putere și mass-media. Un astfel de regim de lucru scade eficacitatea forțelor de protecție, se începe dezadaptarea psihică și fizică, iar conștientizarea acestor dereglări deseori întârzie.

Actualitatea acestui studiu este determinată de:

- cerințe înalte către starea de sănătate a judecătorilor;
- importanța socială a acestui contingent, ca putere statală;
- posibilitatea influenței dereglărilor psihosomatice a judecătorilor asupra calității procesului de judecată;
- necesitatea studierii particularităților etiopatogenetice a maladiilor somatice și psihice la acest contingent cu scopul îmbunătățirii măsurilor de profilaxie și tratament;

- absența unui sistem de profilaxie a maladiilor psihosomatice a judecătorilor, îndreptat spre scăderea morbidității și creșterea eficacității procesului de justiție în general;
- necesitatea elaborării profilului de personalitate a magistraților care trebuie să cuprindă toate competențele necesare satisfacerii cerințelor de bază ale profesiunii de magistrat, derivate din cele mai importante probleme cu care se confruntă în prezent sistemul juridic în RM.

Actualitatea elucidării problemei sănătății judecătorilor este determinată și de realitățile Republicii Moldova. Necesitatea cercetării acestor aspecte este confirmată și de lipsa unui mecanism clar de evidență medicală a judecătorilor, care conform legii este realizată după locul de trai. Însă regimul de lucru supraîncărcat și specificul profesiei fac dificilă adresarea lor la medicul de familie. Sistema actuală de deservire medicală a judecătorilor nu rezolvă în volum deplin problemele legate de asigurarea sănătății magistraților, deaceia sunt necesare măsuri care vor asigura o abordare complexă a profilaxiei, diagnosticului și tratamentului maladiilor, ce se dezvoltă la judecători în legătură cu activitatea lor profesională. Este necesar de a elabora bazele legislative pentru organizarea activității de dispensarizare anuală a judecătorilor. Din punct de vedere economic tratamentul maladiilor în stadiile precocce necesită cheltuieli mult mai mici decât tratamentul aceloraș maladii în stadiile avansate.

Rolul personalității judecătorului în exercitarea actului de justiție are o importanță deosebită. Profilul de personalitate a magistratului cuprinde calități mentale care permit persoanei să își dezvolte, conștient și intenționat competențele sale și include stabilitatea emoțională, gândirea critică, integritatea cognitiv-morală, conștientizarea socială, capacitatea la o activitate constructivă în condiții de suprasolicitare psihoemoțională permanentă etc. Judecătorul este împuternicit să aplice legea din numele statului, ceea ce dezvoltă simțul profesional de responsabilitate pentru

urmările acțiunilor sale. Cerințele de bază ale exercitării profesiei de magistrat sunt:

- capacitatea de a gândi independent în chestiuni juridice
- imparțialitatea, indiferent de propriile convingeri
- aprecierea și aprobarea supremației legii în societate, restabilirea încrederii cetățenilor în justiție.

Toate aceste calități vorbesc despre solicitarea intensă socială pe care o confruntă judecătorii. Evaluarea judecătorilor prin raportare la profilul magistratului trebuie percepută ca modalitate prin care sistemul juridic încurajează selecția, reținerea și promovarea persoanelor care, pe fondul unor predispoziții personale, își dezvoltă conștient și intenționat competențele care le permit acțiunea corectă și imparțială.

Scopul lucrării a fost de a evalua aspectele medico-sociale și psihologice ale morbidității judecătorilor prin elucidarea factorilor activității profesionale a judecătorilor ce au influență negativă asupra sănătății somatice și psihice, elaborarea unor măsuri și programe pentru corecția acestora, diminuarea activității lor, cu tendința micșorării morbidității la acest contingent; determinarea particularităților de personalitate a judecătorilor cu nivel diferit de rezistență la stres, elaborarea unui program psihologic de dezvoltare a rezistenței la stres cu evidențierea trăsăturilor de personalitate care contribuie la aceasta și sunt adecvate activității în funcția de magistrat. Pentru realizarea scopului s-au propus următoarele obiective:

- evidențierea factorilor de risc profesional al judecătorilor;
- studierea morbidității generale la judecători (sănătatea psihică și somatică); studiul comparat cu morbiditatea profesorilor din învățământul liceal;
- studierea tipologiei psihologice a personalității judecătorilor;
- evidențierea particularităților de personalitate a judecătorilor cu rezistență înaltă și scăzută la stres
- elaborarea unor recomandări pentru metoda de investigare a personalității judecătorilor în scopul constatării capacității psihologice necesare pentru exercitarea profesiei;

- elaborarea metodelor, remediilor și recomandărilor pentru menținerea, promovarea și ameliorarea sănătății la acest contingent.

Studiul complex a permis de a analiza interconexiunea și reflectarea aspectelor medico-sociale și psihologice ale morbidității judecătorilor în Republica Moldova. Pentru prima dată în RM a fost studiată morbiditatea generală și structura ei la judecători. Datele obținute includ informație despre factorii nocivi ai activității judecătorilor și influența lor asupra morbidității somatice și psihice la acest contingent. Deasemenea au fost studiate aspectele tipajului psihologic al personalității judecătorilor, pedagogilor în RM. Autorii au apreciat și desăvârșit concepția „Stresului profesional judecătoresc”.

Lucrarea argumentează științific aspectele medico-sociale ale sănătății și morbidității la judecători, propune măsuri de profilaxie a stărilor psihofiziologice specifice și a maladiilor somatice, adaptării judecătorilor la srtesul permanent. Este semnificativ că autorii încearcă să determine criterii de stare fiziologică și psihosocială a judecătorilor, propun recomandări practice de prevenire a factorilor de rsic profesionali și concepția deprimării psihice. Datele obținute pot fi utilizate în cadrul reformei judiciare, pot fi folosite în elaborarea metodologiei de selectare a abiturienților, judecătorilor și în ce privește politica asigurărilor sociale și de pensionare a judecătorilor în Republica Moldova.

Tintiuc Dumitru,
*d.h.m., profesor uiniversitar, Șef Catedra „Sănătate Publică și
Management”, USMF „Nicolae Testemițanu”*

Visterniceanu Dumitru,
Președinte al Consiliului Superior al Magistraturii

Timofte Nicolae,
Președinte al Asociației Judecătorilor din Republica Moldova

CAPITOLUL I.

Caracteristica activității profesionale a judecătorilor și influența ei asupra morbidității somatice și psihice la acest contingent

1.1. Particularitățile activității profesionale a judecătorilor

Activitatea profesională a judecătorului este strict reglementată de lege. Munca judecătorului se caracterizează printr-o varietate mare a problemelor, programul de rezolvare a cărora este redat doar în linii generale prin norma de drept. Judecătorul este împuternicit să aplice legea din numele statului, ceea ce dezvoltă simțul profesional de responsabilitate pentru urmările acțiunilor sale [28, 31, 40, 47, 65]. Dosarele examinate sunt foarte variate după volum, după caracter (penale, administrative, sociale). În timpul procesului de judecată foarte minuțios este verificată obiectivitatea informației obținute. Rezultatele activității judecătorești depind nu numai de eficacitatea muncii tuturor participanților la proces, dar și de calitățile individuale ale judecătorilor. Trebuie de menționat că legea determină numai obligațiunile de lucru ale judecătorului, dar există și anumite obligațiuni morale, referitor în primul rând la atitudini corecte față de om, față de persoană. Judecătorul prin toate acțiunile sale, folosind munca sa, cunostințele sale, puterea pe care o are, trebuie

să tindă și la executarea legii morale. Anume de judecător depinde exactitatea deciziei ce are un rol hotărâtor pentru persoana învinuită. Greșala judecătorului este înțeleasă ca judecarea unui nevinovat în rezultatul încălcării involuntare a legii. Deaceia nici un judecător indiferent de pregătirea profesională și experiența practică nu este asigurat de greșeli. Adevărul absolut este dificil de stabilit în timpul procesului de judecată. Fiecare parte are argumentele sale, astfel încât adevărul este relativ și parțial [134, 153, 154].

Particularitățile psihologice de bază a activității profesionale a judecătorilor sunt:

- Respectarea normelor convenționale și de drept – comportamentul judecătorului este strict reglementat și nerespectarea normelor de drept și de etică poate influența negativ asupra autorității sistemului judiciar în general și aprecierea competenței profesionale în particular. Acest aspect determină necesitatea de a respecta normele etice și de drept, ceea ce are influență directă asupra comportamentului și personalității judecătorului. Această capacitate integrativă reprezintă unul din factorii principali, care determină reușita profesională a judecătorilor [65, 80, 85, 163].

- Responsabilitate personală înaltă în actul decizional – legislația acordă judecătorilor independență și un caracter obligator, imperios al activității profesionale. Procesul de judecată este caracterizat de un volum mare de informație cu caracter foarte variat, insuficiență de timp pentru sistematizarea și analiza acestei informații. Luarea deciziei în astfel de situații impune înzestrarea judecătorilor nu numai cu cunoștințe profesionale înalte, dar și aptitudini personale deosebite – capacitate analitică înaltă, principialitate, stabilitate emoțională, toleranță, autoapreciere critică adecvată [22, 35, 55, 120, 153].

- Caracter variat, nestandard al activității – dosarele examinate sunt foarte diferite după conținut, după volumul și caracterul informației prezentate. Judecătorii trebuie să prezinte capacități

adaptiv-analitice înalte indiferent de caracterul dosarelor examinate, să evidențieze esențialul din marea masă de informație prezentată [47,104] .

- Independența procesuală presupune un grad înalt de responsabilitate și necesită adaptare profesională, integrare personală, prezența maturității sociale, stabilității neuro-psihiice, autoaprecierii adecvate, motivării profesionale [107, 164] .

Aspectele activității profesionale a judecătorilor determină prezența anumitor aptitudini. Procesul de judecată prin toate componentele sale reprezintă o variantă a procesului de cunoaștere, aspectul cognitiv fiind determinat de caracterul retrospectiv și reglementarea strictă, prin lege a procesului de cunoaștere, de variabilitatea informației primite, de caracterul negativ emoțional al faptelor analizate, de presiunea exercitată de societate etc. Comunicabilitatea este un alt aspect de bază al activității magistraților și este determinată de competența comunicativă – capacitatea instalării contactelor interpersonale cu toți participanții comunicării și presupune următoarele caracteristici a personalității: capacitatea de a stabili un contact emoțional cu diverse părți; capacitatea de a înțelege lumea interioară a interlocutorului, caracteristicile sale psihologice; empatie; abilitatea de a coopera, a ajunge la compromisuri și acorduri etc. Aspectele managerial și educațional determină capacitatea judecătorilor de a lucra cu oamenii, fiind necesare inițiativitatea, ingeniozitatea, perseverența, determinarea, independența, simțul responsabilității pentru acțiunile sale, organizare, acuratețe și calmul în lucru, erudiție, să posede metode de comunicare verbală și nonverbală [61, 62, 98].

1.2. Stresul ocupațional și mecanismele de coping

Confruntată frecvent cu situații stresante, ființa umană și-a dezvoltat de-a lungul filogenezei o serie de mecanisme prin care face față stresului. Ele acționează fie preventiv pentru a modifica sau anihila prezumtivele efecte negative ale unei situații viitoare,

fie adaptiv, în sensul reducerii stresului dacă acesta a fost deja indus. Cel care lansează în limbajul medical, încă din 1936, conceptul de stres este fiziologul canadian Hans Selye. El definește stresul la început ca fiind o agresiune, apoi ca o reacție a subiectului la o agresiune, ultima reprezentând un stresor [10, 39, 91, 102, 114]. H. Selye publică un articol despre tendința organismului de a reacționa stereotip la diferiți agenți chimici, fizici și biologici, descriind această tendință sub denumirea de “sindrom general de adaptare” (SGA), ea cuprinzând totalitatea mecanismelor nespecifice (considerate astfel tocmai pentru că ele apar la oricare dintre agenții declanșanți menționați), capabile să asigure mobilizarea resurselor adaptative ale organismului în fața agresiunii care-i amenință integritatea morfologică sau a constantelor sale umorale. Geneza conceptului de “sindrom general de adaptare” este legată de observația lui Selye că boli complet diferite, dincolo de manifestările specifice, au un corolar de manifestări comune: stare generală alterată, inapetență, tulburări digestive, dureri articulare și musculare, febră etc. H. Selye descrie 3 stadii în dezvoltarea acestui sindrom [100, 102, 116, 142]:

- stadiul reacției de alarmă, care cuprinde două faze: de “șoc” și de “contrașoc”;
- stadiul de rezistență (de revenire sau de “contrașoc prelungit”);
- stadiul de epuizare.

Selye explică caracterul trifazic al SGA prin faptul că “energia de adaptare” a organismului este finită și epuizabilă. El menționează o energie de suprafață, reversibilă, și o energie de profunzime, finită. Acest stoc de energie de adaptare nu este măsurabil, dar diferă în limite largi de la individ la individ. Pentru a circumscrie mai exact termenul de stres, Selye realizează o distincție între distress și eustres. Eustresul desemnează nivelul unei stimulări psihoneuroendocrine moderate optime care menține echilibrul și tonusul fizic și psihic al unei persoane, starea de sănătate și induce o adaptare pozitivă la mediu. Stresul ce depășește o intensitate critică

a unei valori, variază în limite largi de la individ la individ, este desemnat sub numele de stres [9, 42, 71, 72, 158].

Conform concepției lui Selye, tensiunile care produc stresul fac parte din viața cotidiană. Bazându-se pe diverse lucrări, Jonas și Crocq propun următoarea definiție: “Stresul este o reacție fiziologică și psihologică de alarmă, de mobilizare și de apărare a organismului (sau, mai bine, a individului, a persoanei) față de o agresiune, o amenințare sau chiar – s-ar putea spune – față de o situație trăită neobișnuită”.

O altă definiție a stresului este cea propusă de Ph.Jeammet și colaboratorii săi: “Noțiunea de stres, în accepția ei cea mai largă, cuprinde orice agresiune asupra organismului, de origine externă sau internă, care întrerupe echilibrul homeostatic. Această acțiune poate fi fizică, sub forma stimulilor nociceptivi (temperatură, zgomot) sau a agenților traumatizanți, infecțioși sau toxici. Ea poate viza nivelurile cele mai înalte ale integrării senzoriale și cognitive, perturbarea atingând în acest caz sistemul de relație al subiectului cu mediul său”. Importanța biologică a stresului este determinată de mobilizarea forțelor protectoare a organismului, reprezentând etapa inițială a reglării proceselor de adaptare [114, 116, 142].

Stresul caracterizează o reacție psihologică complexă extrem de intensă și relativ durabilă a individului confruntat cu noi și dificile situații existențiale. Majoritatea experților definesc stresul ca fiind răspunsul psihologic și fiziologic la anumiți stimuli percepuți de către individ ca fiind amenințări. O situație poate deveni stresantă în următoarele condiții:

- solicitările sunt atât de numeroase încât împiedică prelucrarea adecvată a informației, supraîncărcarea traducându-se de cele mai multe ori prin degradarea performanțelor;
- situația este percepută ca fiind potențial periculoasă, motiv pentru care subiectul se simte amenințat;
- în cazul în care subiectul este izolat, acesta resimțind restrângerea libertății;

- când subiectul este împiedicat să-și desfășoare activitatea și are sentimentul de frustrare;

- când presiunea grupului se exercită de așa natură încât trezește teama de eșec, de dezaprobare [131, 161, 162].

Analizând condițiile expuse, se observă foarte clar prezența lor într-o măsură sau alta în activitatea profesională a judecătorilor. În ultimii ani a crescut de câteva ori numărul dosarelor examinate în judecătoria, numărul judecătorilor rămânând practic neschimbat; judecătoria permanent se află sub presiune din partea părților implicate, mass- mediei etc, deseori fiind amenințat [137, 138, 164].

Mecanismele de prevenție și adaptare la stres sunt cunoscute sub numele de coping. Coping-ul vizează toate modalitățile de gestionare a stresului. Mecanismele de coping pot fi grupate în trei mari categorii: comportamentale, cognitive, biochimice. Finalitatea acestor mecanisme diferite este aceeași: reducerea stresului [30, 49, 59, 60, 69, 70].

Copingul comportamental cuprinde toate comportamentele care au funcția de a preveni sau reduce reacția de stres. Numărul și varietatea acestora este extrem de mare. Studiile de laborator au arătat că copingul comportamental reduce stresul doar atunci când:

- este urmat de un freed-back asupra eficienței comportamentale;

- costul realizării lui nu depășește beneficiile;

- reduce ambiguitatea și/sau incertitudinile legate de situația stresantă [67, 68, 87, 145].

Copingul cognitiv cuprinde totalitatea mecanismelor de prelucrare a informației care au funcția de diminuare a reacției de stres. Ele vizează nu stresul ci informația despre acesta. Organismul își reduce stresul operînd nu asupra situației stresante ci asupra modului cum ea este percepută, prelucrată, stocată în memorie [67, 87, 167].

Reacția de stres are o evidentă componentă biologică, producînd mutații semnificative în special la nivel biochimic. Mijloacele de

optimizare a reacției biochimice la stres sunt extrem de variate. Ele sunt fie generate spontan de organismul uman ca reacție de apărare (ex: secreția masivă de endofine, proliferarea numărului de “celule ucigașe” – “natural killers” – care dezvoltă sistemul imunitar), fie sunt induse deliberat de subiectul însuși (ex: consumul de medicamente, vitamine, alcool, droguri etc.) [118, 119].

De cele mai multe ori, pentru a-și reduce distresul, omul recurge simultan la instrumentele sale cognitive, biologice și comportamentale. Mai mult, utilizarea unui tip de mecanisme antrenează, în mai mică sau mare măsură pe celelalte [68, 69, 145].

Gradul de eficiență a coping-ului depinde de alegerea corectă a strategiilor de coping, care reprezintă de fapt totalitatea mijloacelor care ne ajută să înfruntăm o problemă. R.S.Lazarus și S.Folkman deosebesc două tipuri de strategii de coping și anume: strategiile focusate pe problemă (problem-focused) și cele orientate emoțional (emotional-focused). În primul caz, individul încearcă să găsească soluții pentru a rezolva direct problema, căutând modalitățile de eliminare rapidă a ei. În cazul strategiilor de tipul doi, este vorba despre acțiuni și idei care au drept scop diminuarea încărcăturii fizice și psihice cauzate de stress [67, 70, 87].

Abordarea preventivă în domeniul stresului recurge la trei modalități principale:

- identificarea factorilor stresanți cât și a indivizilor și grupelor vulnerabile la stres;
- reducerea vulnerabilității și mărirea rezistenței organismului (prin alimentație, efort fizic rațional etc.);
- protecția prin evitarea și eliminarea agenților ambientali fizici sau psihosociali nocivi [158, 145, 167].

În 1996 a fost elaborată “Strategia globală a OMS privind sănătatea ocupațională pentru toți” [51, 53, 56], cu 10 obiective prioritare care vizează:

- politicile pentru sănătate la locurile de muncă
- realizarea unui mediu de muncă sănătos

- extinderea metodelor de lucru sanogene
- dezvoltarea serviciilor de sănătate ocupațională
- recunoașterea serviciilor de tip expert
- extinderea standardelor de sănătate ocupațională pe baza evaluării științifice a riscurilor
- dezvoltarea resurselor umane
- stabilirea unor sisteme de date și a modului de înregistrare a lor
- dezvoltarea sistemelor de informare
- dezvoltarea cercetării, extinderea colaborărilor.

Odată cu sporirea progresului tehnologic, industrial și informațional, stresul a luat o amploare considerabilă intensificându-se în așa măsură încât a atras atenția mai multor structuri naționale și internaționale, inclusiv a Organizației Mondiale a Sănătății. S-a constatat că la locul de muncă stresul se manifestă ca rezultat „al unor resurse psihice insuficiente pentru a face față solicitărilor și exigențelor profesionale”. În acest context cercetătorii vorbesc de un tip aparte de stres numit în termeni diferiți: stres ocupațional, stres profesional sau stres în activitatea profesională, care acoperă una și aceeași entitate [11, 32, 41].

În majoritatea studiilor și cercetărilor din psihologia ocupațională s-a ajuns la concluzia că expunerea îndelungată la evenimente psihosociale disconfortante, legate de serviciu, poate avea consecințe negative în plan mental, fizic, comportamental și social. Cauzele stresului la locul de muncă pot fi grupate în trei categorii, de ordin contextual, personal și legate de rol.

Stresul contextual ține de cantitatea însărcinării și caracteristicile structurale ale serviciului. Stresorii personali țin de manifestarea unor caracteristici personale, cum ar fi controlul, anxietatea, implicarea profesională. Stresul legat de rol este interpretat în literatura de specialitate ca fiind provocat de interacțiunea dintre unele aspecte ale forțelor și evenimentelor din mediu profesional, percepute ca amenințătoare pentru așteptările

individului [42, 56, 132]. Problema stresului la locul de muncă a devenit în consecință o problemă care nu este scoasă de ceva timp din ordinea de zi a discuțiilor la forurile mondiale, tot așa cum angajații își dau la fel de bine seama care este cauza degradării accentuate a stării lor fizice și morale.

Programul Internațional de Studii Sociale (International Social Survey Program), realizat în 15 țări, a arătat că 80% de angajați se simt stresați la locul de muncă [53, 72]. Așadar, se știe că efectele stresului pot fi împărțite în trei categorii: fiziologice, comportamentale și psihologice [30, 32, 49]. Stresul profesional poate avea efecte directe asupra sănătății angajatului și efecte indirecte, mediate de un stil de viață nesănătos, cum ar fi fumatul și consumul de alcool. Studiile medicale au demonstrat că stresul este „implicat” în 50%-70% de boli fizice: boli de inimă, boala ulceroasă, herpes și alte afecțiuni. Stresul profesional cauzează o rată înaltă de absențe pe motiv de boală de la locul de muncă, circa 60% de absențe de la locul de muncă sînt cauzate de boli provocate de stres [5, 51, 53]. Totodată trebuie remarcat că starea sănătății însăși poate reprezenta în sine un stresor ce diminuează sau agravează posibilitățile unei persoane de a face față stresorilor inițiali. De obicei, afecțiunile sănătății legate de stresul profesional se manifestă prin simptome somatice tipice: migrene, transpirație și amețeli, care indică probleme cardiovasculare și respiratorii, slăbirea sistemului imunitar și dereglări ale sistemului gastro-intestinal [81, 89, 128, 129] .

Studiile cu privire la stresul profesional au avut loc în diverse organizații: agenții guvernamentale, departamente de poliție, sfere militare. Toate însă au subliniat efectul negativ pe care-l poate avea stresul profesional asupra satisfacției profesionale. Totodată o serie de alte studii, cele asupra comportamentului organizațional, susțin ideea că stresul profesional afectează performanța, angajamentul organizațional, satisfacția profesională și intențiile de schimbare a serviciului [54, 64].

Efecte comportamentale se pot manifesta prin consumul sporit sau excesiv de alcool și droguri, incluzând aici și fumatul, sau prin descreșterea performanței profesionale, cauzată de nivelul înalt de absenteism sau frecvența sporită a concediilor de boala, de accidente la locul de muncă etc. În afară de aceasta, consecințele stresului profesional se pot extinde și asupra mediului familial, cauzând probleme conjugale [84, 89, 132].

Efectele negative pe care le are stresul profesional asupra deciziei se manifestă la nivelul etapelor procesului decizional. Acest proces constă din etapa preparator/pregătitoare (colectarea informațiilor), etapa de prelucrare și interpretare a acestor informații și etapa decizională. Dacă una din aceste trei etape sau chiar toate trei se desfășoară în condiții de stres, este foarte probabil ca individul să ia decizii greșite care ar putea avea consecințe grave mai apoi. Stresul la locul de muncă poate avea repercusiuni și asupra activității de conducere. Ca și în cazul performanței, teoriile diferă. Unii cercetători văd stresul ca fiind benefic, perceput ca stimul în activitatea de conducere. În acest sens, există chiar și un tip de conducere numit „conducere prin criză”, care se manifestă prin încercarea de a găsi soluții în situații stresante, în speranța de a găsi soluții geniale. Alți autori însă consideră că stresul profesional nu face decât să adâncească criza. Totodată este influențat și stilul de conducere, favorizând alegerea unui anumit stil de conducere. Unii îl preferă pe cel autoritar, alții însă, din contra, se arată a fi mult mai receptivi la sugestiile subordonaților. O explicație ar fi că în momente de stres conducătorii resimt nevoia de idei, informații suplimentare relevante. Alții însă explică adoptarea unui stil de conducere egalitar prin frica de asumare a întregii responsabilități [45, 90, 142].

Stresul profesional este o problemă ce capătă amploare în majoritatea țărilor. Din această cauză fenomenul nu reprezintă doar o problemă socială, ci și una științifică. După cum se știe, pentru a combate o problemă trebuie depistată cauza. Iar în cazul stresului

profesional sursa “relelor” poate fi atît personalitatea individului, cît și caracteristicile meseriei. Stresul apare cînd cerințele profesionale sînt fie exagerate, fie minimalizate. Cerințele profesionale sînt totalitatea sarcinilor ce trebuie executate într-un anumit timp, ele contribuie la apariția consecințelor negative atunci cînd ele necesită efort adițional întru realizarea lor. În general, consecințele negative se pot prezenta sub formă de depresie sau anxietate. În anumite circumstanțe favorabile, intensificarea cerințelor profesionale poate fi un lucru bun, avînd consecințe pozitive. Este evident că toate profesiile implică o doză de stres. Cu toate acestea există o serie de profesii deosebit de stresante prin faptul că soliciată atît o rezistență fizică, cît și psihică. Cele mai dificile profesii din acest punct de vedere implică disimularea emoțiilor și sentimentelor și acestea fac parte din sfera medicinei, dreptului, învățămîntului și serviciilor sociale. Acesta este topul celor mai stresante meserii din Statele Unite ale Americii, la ora actuală [31, 62, 135]. Studiarea stresului profesional presupune cercetarea cauzelor fundamentale de apariție a lui drept fenomen psihologic:

1. Apariția cerințelor ce depășesc posibilitățile adaptive a persoanei.

2. Stresul apare în cazurile cînd persoana recunoaște că nu poate adecvat să facă față cerințelor înaintate sau pericolului existent.

3. Stresul apare în urma dezechilibrului între cerințe și posibilități.

4. Stresul se dezvoltă în situații cînd cerințele interne și externe depășesc capacitățile adaptive ale persoanei [9, 39, 116, 158].

Stresul profesional are o mulțime de cauze care contribuie la dezvoltarea sa, cît și variate manifestări. În prezent se observă tot mai frecvent cazuri de creștere a volumului de lucru, de marire a numărului de ore de lucru pentru diferiți angajați. Dacă cerințele depășesc capacitățile, persoana suferă atît fizic cît și psihologic [5, 24]. Datele obținute în rezultatul studierii stresului profesional arată,

că permanent crește intensitatea muncii. Incertitudinea în propriul viitor este foarte răspândită printre angajați, fiind cauzată de frica pierderii locului de lucru, de perspectivele carierei personale, de lipsa relațiilor de încredere între angajați. Rezultatul final al stresului profesional reprezintă îmbolnăvirile personalului, care fiind raportate la pierderi economice alcătuiesc în Marea Britanie, de exemplu, 270000 ore de lucru sau 12 miliarde funți [32, 56]. O importantă campanie de combatere a stresului profesional – pe locul doi în ierarhia problemelor de sănătate profesională în țările U.E., după afecțiunile musculo-scheletice – a fost lansată de către Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă în anul 2002, în cadrul Parlamentului European de la Strasbourg [41, 46]. Este prima campanie desfășurată în întreaga Europa, în care a fost dezbătută problema stresului profesional, afectând peste 40 de milioane de salariați din țările U.E. Conform unui mare număr de studii, stresul profesional afectează circa o treime (28%) din salariații celor cincisprezece state membre U.E., femeile sunt afectate mai mult decât bărbații, cauzele comune includ lipsa siguranței locului de muncă, a controlului asupra muncii, și supraîncărcarea activităților. Monotonia muncii, termenele limită foarte strânse (29% din personal afirmă că lucrează în aceste condiții), tratamentul necorespunzător la locul de muncă sunt alți factori care cauzează stresul profesional. Circa 16% din bărbați și 22% din femei cu boli cardiovasculare din țările U.E. au aceste afecțiuni din cauza stresului profesional. Sunt asociate cu stresul profesional și alte afecțiuni, care includ tulburări musculo-scheletice și probleme de sănătate mentală. Între 50% și 60% din absenteismul la locul de muncă este corelat cu stresul profesional. Împreună cu costurile de sănătate, costurile totale anuale datorate stresului profesional sunt estimate la circa 20 de miliarde EURO pentru țările U.E., fără a adăuga pierderile de productivitate. Cât privește stresul profesional judiciar, putem menționa foarte puține studii, dar nici unul din acestea nu conține o analiză detaliată a morbidității psihosomatice a judecătorilor [73, 132, 154].

Judecătorii din centrele raionale, din localitățile rurale sunt cei mai sensibili stresului permanent. Pentru ei este mult mai accentuată senzația de izolare, judecătorii trebuie să evite manifestarea elementelor de favoritism față de prieteni, cunoscuți, care pot fi participanți potențiali ai procesului de judecată. Judecătorii din orașe deseori sunt suprasolicitați la locul de muncă, avînd de examinat un numar foarte mare de dosare, într-un ritm accelerat, neavînd deseori timp de discuții cu colegii [47,131, 137]. Judecătorii din Curtea de Apel au sursa proprie de stres, care poate fi lămurit prin concurența înaltă. Nivelul profesional și erudiția juridică de regulă este foarte înaltă. Într-un grup de profesionali talentați, care lucrează împreună și se confruntă deseori cu cazuri dificile, dubioase, se dezvoltă relații interpersonale conflictuale legate de activitatea profesională [108, 109, 135].

Un grup aparte sunt conducătorii judecătoriilor, care reprezintă ultimul nivel pentru nemulțumirile, plîngerile reprezentanților societății, pentru presă și politicieni. Însă posibilitatea de a reacționa la toate acestea este redusă. Cerințele către conducătorii judecătoriilor în prezent sunt foarte ridicate, ei trebuie să corespundă reformelor din justiție, schimbărilor sociale, noilor principii manageriale, modificărilor legislative, etc. Ei participă la organizarea conferințelor juridice, sunt obligați să-și apere judecătorii și drepturile lor, să ridice productivitatea muncii și să întreprindă măsuri pentru scăderea numărului de greșeli judecătorești [134, 154].

1.3. Factorii de risc profesional în activitatea judecătorilor

Factorii noxogeni psihoemoționalii acționează prin mecanisme stresante asupra sistemului nervos central. Efectul lor se repercutează asupra axei neuroendocrine, hipotalamul- hipofiză-corticosuprarenală, care prin suprasolicitare în timp se poate dereglă, generînd o patologie de epuizare, cuprinsă de unii autori în cadrul noxologic al bolilor psihosomatice [52, 77, 115, 149].

În situațiile în care oamenilor le vine anevoios să adopte eșafodaje ideatice mai puțin obișnuite, hipotalamusul acestora recurge, în marea majoritate a cazurilor, la o activare a ramurii simpatice a sistemului nervos vegetativ. Scoasă din starea de echilibru, ramura vizată acționează direct asupra mușchilor netezi și organelor interne, producând o suită întreagă de modificări corporale – presiune sanguină ridicată, ritm cardiac crescut, pupile dilatate etc. Fiind excitat, sistemul nervos simpatic stimulează, de asemenea, porțiunea medulară a glandelor suprarenale pentru a elibera hormonii epinefrină și norepinefrină în circuitul sanguin. Epinefrina conduce din nou la creșterea frecvenței cardiace sau la ridicarea nivelului de presiune arterială, iar norepinefrina, la rândul său, activează glanda pituitară, influențând astfel asupra volumului de zahăr conținut în ficat [25, 38, 50, 52].

Influența nefastă pe care evenimentele neplăcute o exercită asupra stării de sănătate a indivizilor poate lua o multitudine de forme. Astfel, putem vorbi despre diminuarea capacității sistemului imunitar de a lupta împotriva bolilor, despre profilarea efectului de hiperactivare cronică și a principalei lui consecințe – boala cardiacă sau despre diminuarea comportamentelor de sănătate pozitive și intensificarea celor negative. Nu sunt rare nici cazurile când situațiile dezagreabile/supărătoare duc la nervozitate, oboseală, tulburări de somn, deranjamente stomacale [52, 77, 81, 141].

Progresul tehnico-științific a îndepărtat medicii de viziunea unitaristă, hipocratică, în care omul era privit ca o unitate psihosomatică, unde somaticul și psihicul se află într-o strânsă interdependență. Tot mai des este neglijată personalitatea umană, accentul punându-se pe părți componente – organe, sisteme de organe, nu pe organismul în întregime [58, 128, 156].

În literatura din domeniul medicinei din ce în ce mai frecvent se prezintă faptul, cum suferințele în plan psihologic generează boli psihice și somatice, iar bolile somatice provoacă tulburări psihice grave. În prezent medicina își schimbă ideologia mecanicistă

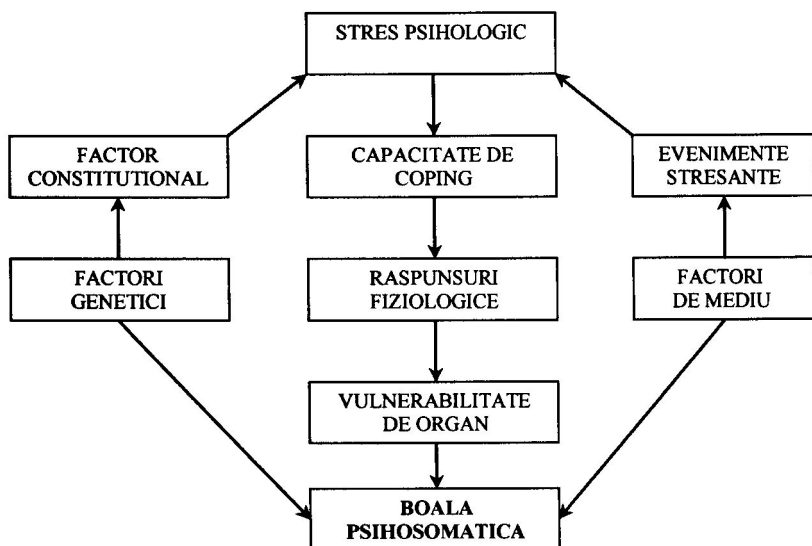


Figura 1.1. Geneza bolii psihosomatice

(materialistă, biologică) cu concepția psihosomatică (dinamică), care domină astăzi medicina europeană. Concepția psihosomatică permanent este revizuită, fapt impus de dinamica schimbărilor din societate, astfel lărgindu-și viziunea în apectele teoretice și practice. Necesitatea viziunii psihosomatice asupra medicinei nu se mai pune la îndoială, acesta fiind un aspect de bază a medicinei moderne, în care omul este privit ca o unitate psihosomatică [12, 13, 52].

Concepția psihosomatică formează astăzi coloana vertebrală a medicinei moderne, aducând în câmpul cercetării medicale cel puțin următoarele aspecte:

- abordarea bolii din perspectiva unei cauzalități multifactoriale și mai ales prin valorificarea factorului psihic;
- asimilarea tehnicității și specializării în sensul lor pozitiv, fără însă a pierde din vedere aspectul de ansamblu, personalitatea umană;

- lărgirea înțelegerii bolnavului sub aspectul biografiei sale, a inserției sale în mediul social, a înțelegerii particularităților sale psihologice;

- tendința profilactică, în care pe primul plan este combaterea stresului psihic [128, 129, 141].

Reacții de stres pot apărea și în rezultatul unor evenimente mai îndelungate evoluție, care nu pun în pericol viața. Nivelul de stres este determinat de 4 factori [116, 142]:

- Controlul – cu cât mai puțin persoana controlează situația de stres, cu atât este mai mare nivelul stresului

- Prezicerea – persoana nu-și poate prezice comportamentul sau evaluarea ulterioară a evenimentelor

- Așteptările – persoana nu simte îmbunătățirea treptată a situației create sau nu presupune o îmbunătățire a ei

- Susținerea – persoana nu simte susținere din partea familiei, prietenilor, colegilor, etc.

Hardy Sally Carson, Jerome Thomas au evidențiat drept stresori profesionali:

- activitatea monotună

- responsabilitatea înaltă

- rapiditatea luării deciziilor

- suprasolicitarea emoțională îndelungată [57, 63]

Toate acestea sunt prezente în anumită măsură și în activitatea profesională a judecătorilor. Studiarea influenței factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătății judecătorilor de către cercetătorii autohtoni nu s-a efectuat niciodată. De fapt, astfel de cercetări în literatura internațională sunt foarte puține și nu sunt complexe, conțin doar parțial date despre răspândirea și particularitățile etiopatogenetice a dereglărilor somatice și psihoneurologice la contingentul dat [136, 154]. În același timp aceste cercetări au avut rolul lor în reformarea sistemului judiciar. În SUA din anii 80 în programul de pregătire a judecătorilor este inclus un compartiment dedicat stresului profesional și stăpânirea

acestui; în Rusia în anul 2004 a fost introdus serviciul psihologic în judecătoria și organizarea dispanserizării anuale [154, 163]; în Noua Zelandă judecătoria sunt incluși în categoria profesională cu risc înalt a dezvoltării dependenței alcoolice [62, 65]. În multe țări a fost adoptată asigurarea obligatorie de stat a vieții și sănătății judecătorilor. Pentru judecători factorii stresogeni, care negativ influențează starea sănătății somatice și psihice sunt volumul de lucru în creștere permanentă, insuficiența de timp, legislația în continuă reformare, ce necesită capacități analitice crescânde, caracterul public al activității sale, critica din partea presei și societății în orice proces sunt nemulțumiți; în situația când trebuie să respecti normele eticii profesionale, să te reții. Plus la acestea profesia de judecător a devenit periculoasă, și nu numai pentru judecători, ci și pentru familie, apropiați. În Rusia se înregistrează anual 2-4 cazuri de suicid printre judecători [142, 158,]. A crescut frecvența cazurilor de infarct miocardic acut și accident vascular cerebral, ce argumentează un caracter a unei boli profesionale. În structura bolilor somatice la judecători predomină bolile sistemului cardiovascular – 52,4%, fiind urmate de maladiile gastrointestinale – 22,4%, patologiiile nefrouinare – 15,6%, afecțiunile bronhopulmonare – 11,6%,diferite manifestări dermatologice – 5,4% [163]. Sunt efectuate cercetări a unor categorii de persoane apropiate sistemului judiciar – studenții facultăților juridice; În SUA a fost analizată sănătatea juraților în timpul procesului judecătoresc: 2/3 din aceștea au afirmat că starea de sănătate s-a înrăutățit, predominând bolile sistemului gastrointestinal (ulcer duodenal, gastrita, sindromul colonului iritabil) – 25%, dereglări vegetovasculare – 12,5%, stări depresive – 10,2%, agravarea bolilor cronice a sistemului cardiovascular etc [134, 135].

La conferința Asociației Juridice Internaționale (Melburn, 1994) a fost numit înca un contingent supus influenței stresului judiciar. Aceștea sunt membrii familiei și rudele apropiate judecătorilor, care împreună suportă sentimentele de frică și singurătate.

Trecerea de la activitatea de jurist la funcția de judecător este o călătorie în singurătate [65]. Singurătatea în oficiul judecătorului este inevitabilă în anumită măsură, distanțarea de lumea înconjurătoare este un lucru obișnuit în activitatea judecătorului. Mulți judecători au remarcat, că odata cu numirea în funcție a scăzut numărul persoanelor cu care ar putea discuta diferite probleme personale și de serviciu [31, 44, 47]. Deseori apar senzații de nesiguranță, îndoieli în propriul succes profesional, afectînd astfel echilibrul psihologic. Una din sursele încordării psihologice este insuficiența legăturii inverse la acțiunile sale. Judecătorul nu poate aprecia eficacitatea propriei munci din punctul de vedere a altor participanți la proces, a colegilor. Judecătorii practic niciodată nu-și critică colegii. Singura modalitate de a-și aprecia în anumită măsură calitatea propriei activități este raportul anual statistic, din care se poate de aflat numărul de dosare examinate timp de un an, numărul de decizii anulate etc. Aceste date statistice nu ne dau informații despre personalitatea judecătorului, despre aptitudinile sale profesionale. Insuficiența legăturii inverse actualizează simțul singurătății, caracteristic în primii ani de activitate a judecătorilor [138, 163,] .

Un alt aspect al activității judecătorilor, care negativ influențează starea de sănătate somatică și psihică este volumul de lucru în creștere permanentă – un fenomen caracteristic pentru toate țările în ultimii ani. În Australia numărul dosarelor examinate în judecătorii în 1995 a fost triplu față de anul 1966, numărul judecătorilor rămînînd practic același [23, 28, 43]. În Russia în urma reformelor s-a observat același lucru în perioada 1991-2001 [158, 161, 162]. În Republica Moldova conform ultimelor rapoarte statistice sarcina lunară medie pentru un judecător este de 55 dosare, variind în unele cazuri pînă la 90-95 dosare examinate într-o singură lună [101].

Situația creată și imposibilitatea de a schimba ceva crează un discomfort psihologic pentru majoritatea judecătorilor. În trecut judecătorul se simțea mai confortabil, beneficiind de stimă și respect

din partea societății și mass-mediei. Nu putem afirma același lucru și în prezent, judecătorii fiind obligați să activeze în condiții de critică agresivă a presei, politicienilor indiferenți și a societății. Există o necorespondență între perceperea societății a lucrului judecătorilor și realitatea, bine cunoscută tuturor judecătorilor. Rezultatele cercetărilor efectuate în cadrul Academiei de Științe a Moldovei pînă la începutul reformelor, care demonstau scăderea prestigiului justiției, au fost confirmate de datele mai recente ale sondajului sociologic, potrivit căruia autoritatea justiției s-a redus din următoarele motive [94, 100, 102]:

- legătura justiției cu “aparate de partid” și de stat – 66,7%;
- respectarea formală a drepturilor și libertăților cetățenilor – 59,2%;
- lipsa de profesionalism – 59,2%.

Toți acești factori contribuie la un nivel foarte înalt de stres, fapt ce se reflectă direct asupra sănătății somatice a judecătorilor.

Unii cercetători consideră că ponderea cea mai mare în influența negativă ai activității judecătorilor o are izolarea socială, problemă actuală pentru 70% judecători. Sursele izolării sociale sunt volumul mare de lucru și respectarea normelor eticii judiciare. Majoritatea judecătorilor nu reușesc să examineze toate dosarele în timpul de lucru, fiind nevoiți să se rețină la slujbă cîte 10-12 ore pe zi, deseori chiar și în zile de odihnă. Timpul pentru familie, prieteni, odihnă este foarte limitat. Principiile eticii profesionale impun judecătorul să respecte anumită distanță în relațiile cu lumea înconjurătoare, formînd astfel un stil de comunicare foarte retras. Odată cu avansarea în funcție izolarea de prieteni și foștii colegi progresează, judecătorii mai greu pot găsi prieteni adevărați, mai ales printre juriști din alte instituții, suspectîndu-i de nesinceritate și satisfacerea anumitor scopuri meschine a lor. Judecătorul “simte că se află în mantia sa nu numai la judecătorie” [123, 134, 163].

Există și un șir de factori suplimentari, ce au legătură cu viața personală a judecătorilor și influențează negativ asupra sănătății

acestora din momentul intrării în funcție. “Criza vârstei medii” este un fenomen psihologic bine cunoscut, fiind determinat de moartea părinților, îndepărtarea copiilor, apariția problemelor de sănătate, scăderea activității sexuale, apariția semnelor exterioare de îmbătrânire. Deseori aceste modificări coincid cu schimbări similare la partener. Acest fenomen poate avea urmări negative prin faptul, că judecătorii aflându-se în condiții de suprasolicitare psihică la locul de muncă, nu rezistă unui stres suplimentar în viața personală. Ca urmare scade capacitatea de muncă a judecătorului, se reține examinarea dosarelor, deciziile se iau cu dificultate. În unele cazuri apar tendințe de suicid. De exemplu, în Australia cel puțin un judecător pe an se sinucide, în Russia în anii 90 se înregistrau anual 2-4 cazuri de suicid printre judecători [158, 162].

Printre factorii care au influență asupra stării psihologice a judecătorilor este și legislația în continuă reformare. Într-un stat ce se află în perioada de tranziție, restructurare se implementează reforme în toate sferile de activitate. După proclamarea independenței, 27 august 1991, sistemul judiciar din Republica Moldova a fost reformat continuu. Reforma justiției implică restructurarea instituțională, reformarea mentalităților care stau la baza funcționării sistemului actual, precum și eforturi financiare care trebuie asumate. Consolidarea statului de drept și asigurarea calității actului de justiție presupun abordarea mai multor componente ale procesului de reformă care vizează realizarea unui cadru legislativ coerent, prin aprobarea actelor legislative noi și multiple modificări a legilor deja existente. În primul rînd aceste schimbări se reflectă negativ asupra judecătorilor aflați de mai mulți ani în funcție [73, 11, 136]. Noțiunile juridice noi utilizate în legislația actuală diferă foarte mult de cele studiate la facultate. La toate acestea se adaugă presiunea noilor tehnologii, judecătorii fiind obligați să studieze computerul etc [3, 7, 10].

Au fost introduse modificări și în modalitatea (strategia) alegerii judecătorilor. Dacă în trecut judecători erau numiți de regulă din

rîndurile avocaților, atunci în prezent judecător poate deveni și reprezentant ai altor profesii, chiar și absolvenții facultății de drept [120, 154, 163].

Societatea actuală se dezvoltă în ritmuri rapide, prioritățile vitale se modifică. Judecătorii trebuie să se acomodeze la aceste schimbări sociale, trebuie să corespundă noilor cerințe legislative referitor la drepturile femeilor, drepturile minorităților etnice, minorităților sexuale, drepturile persoanelor cu handicap etc. Aceasta poate servi o problemă pentru judecătorii în vîrstă, la care s-au format propriile priorități [44, 48, 131].

Profesia de judecător niciodată nu era considerată periculoasă pentru viața și sănătatea fizică, nu s-a făcut nici un studiu a acestei probleme. Dar mai multe persoane implicate în actul justiției (procurori, judecători, avocați, executori) devin ținta unor acțiuni agresive, fie verbale, fie fizice [40, 138]. Aceste evenimente deseori nu sunt date publicității, datele statistice avînd un caracter secret. Amenințările și agresiunile fizice în adresa judecătorilor deseori exprimă nerecunoașterea și dezamăgirea față de sistemul de justiție în general. Securitatea judecătorilor poate fi asigurată practic numai în incinta judecătoriilor. În mai multe țări se încearcă elaborarea unor programe speciale de protecție a judecătorilor de agresiuni fizice, condiționată de înmulțirea acestor cazuri [65, 103]. În RM nu dispunem de o astfel de statistică, dar problema există și nu trebuie neglijată. În SUA problema securității judiciare a devenit obiect de studiu numai în ultimii 25 ani. Conform datelor statistice prezentate, judecătorii au risc profesional înalt de a fi omorîți la locul de muncă. Acest risc este de 50 de ori mai mare decît nivelul mediu național, iar din 18 categorii profesionale cu cel mai mare risc de a fi omorîți la locul de muncă, judecătorii cedează numai șoferilor de taxi [104, 107, 117]. Mai mult de jumătate de judecători – 51,8% – au primit amenințări în adresa sa; 1,7% au fost agresați fizic cu risc pentru viață. 85% din amenințări și 72% din agresiuni au fost făcute în incinta judecătoriilor. Numai în jumătate din

cazurile de amenințări a fost anunțat serviciul de securitate. 25% judecători au declarat ca amenințările au influențat în oarecare măsură procesul de justiție [82, 123].

În Rusia timp de 10 ani a crescut de 20 de ori numărul de agresioni fizice a judecătorilor. O dovadă a pericolului direct asupra vieții și sănătății judecătorilor este norma legală care prevede purtarea de către aceștea a armei [154, 163].

În societatea contemporană se schimbă atitudinea oamenilor față de serviciu. Oamenii pierd încrederea în stabilitatea socială și materială, în garanția locului de muncă. Devine mai evidentă concurența pentru un loc de muncă prestigios și bine plătit. Au loc procese ale specializării înguste în profesie și, în același timp, al interferenței cu ramuri conexe. Se schimbă cerințele pieții de muncă: scade ratingul unor profesii sociale pînă nu demult considerate de înalt prestigiu – profesori, cercetători, lucrători medicali. Ca urmare, sporește starea de tensiune psihică și emoțională, se manifestă fenomenul stresului la locul de muncă, declanșînd anxietate, depresie, dereglări psihosomatice, dependență de substanțe psihoactivante (inclusiv alcool, tranchilizante etc.), provocînd sindromul arderii profesional-emoționale.

Noțiunea „ardere profesională” (professional burnout) a fost propusă de către A. Morrow, pentru a defini starea în care se pomenesc specialiștii din grupurile profesionale de risc, termenul prezentînd un echivalent al stării de distres în condiția acțiunii unor factori specifici [62, 137, 155]. Descrierea fenomenului a fost realizată anterior acestei definiții, după unele opinii ea aparține psihologului american Freudenberger, care în 1974 a analizat starea de demoralizare, decepție, manifestările de tensiune, astenie și suprasolicitare pe care le suportau angajații clinicilor psihiatrice. Freudenberger, autorul ideii epuizării emoțional-profesionale, a menționat că acest fenomen are răspîndire mai ales în sfera așa numitelor profesii sociale, în care specialistul se confruntă cu problemele altor persoane. Alt fondator al ideii arderii profesionale,

C. Maslach, a definit fenomenul ca „sindrom al epuizării fizice și emoționale, incluzînd formarea unei autoevaluări negative, atitudini de repulsie față de activitatea de muncă și pierderea capacității de compasiune și înțelegere a clienților” [142, 161].

Sindromul arderii profesionale este definit ca o totalitate de trăiri negative, legate de locul de muncă, de colectivul profesional și întreaga organizație, instituție, întreprindere în care persoana exercită activitatea sa. Se manifestă mai frecvent la specialiștii din domeniul socialului, drept caracteristici de bază avînd:

- starea de apatie socială, rezultată din suprasolicitarea emoțională;
- manifestarea unor trăiri și atitudini negative față de colegi și clienți;

- autoaprecierea profesională joasă – sentimentul de incompetență, lipsa de aptitudini creative, inovatoare, uneori suportarea stării de vinovăție provocate de autoevaluarea insuficienței rezultatelor activității profesionale [39, 42, 71].

Cercetările realizate în domeniul arderii profesionale au scos în evidență trei grupe ale factorilor de bază care o declanșează: de personalitate, de rol profesional și organizațional [10, 15, 27].

Factori de personalitate. În cadrul cercetărilor experimentale s-a stabilit că variabilele „vîrstă”, „stare familială”, „vechime în muncă” nu importă pentru manifestările de ardere profesional-emoțională. Anumite particularități ale acestui sindrom sînt depistate la femei, ele fiind mai predispuse spre „ardere” în condiții cînd nu se satisface necesitatea de creștere profesională și de importanță a activității realizate. Printre calitățile de personalitate ale persoanelor predispuse spre ardere profesional-emoțională au fost identificate capacitatea de compasiune, umanismul, emotivitatea înaltă, entuziasmul, orientarea spre comunicare și oameni, de rînd cu introversiunea, o oarecare doză de fanatism în profesie și conformismul sportit.

Factori de rol. S-a constatat că există o conexiune directă între arderea profesional-emoțională și conflictul de rol

profesional, situația de incertitudine în definirea funcțiilor și responsabilităților. Cu o deosebită forță distructivă se manifestă situațiile de lipsă de integrare a eforturilor colaboratorilor, de concurență și planificare incertă atunci, când caracterul activității solicită acțiuni colective.

Factori organizaționali. Arderea profesional-emoțională se întâlnește mai frecvent în profesiile care solicită o activitate de comunicare intensă cu beneficiarii – în așa numitele profesii sociale. Este nu mai puțin important și alt factor organizațional – atmosfera morală defavorabilă în echipa de muncă și dificultățile de comunicare intragrupale. Cercetătorii au analizat și alte probleme de ordin organizațional: structurile de conducere excesiv de birocratizate, remunerările inechitabile, programul de muncă supraîncărcat sau implicând ore de noapte, conflictele în structura ierarhică a grupului etc [15, 72, 116].

Necesare pentru un judecător sunt: finețea și agerimea senzorială, atenția bună, memoria multilaterală și sigură, gândirea clară, sigură, exactă (de unde rezultă și capacitatea de a explica și de a câștiga încrederea), nivelul superior de inteligență, sociabilitatea, curajul. În ceea ce privește temperamentul, se înregistrează din nou un șir de solicitări: reacțiile senzorio-motoare trebuie să fie rapide, iar decizia – promptă; e nevoie de o mare flexibilitate, de prezență de spirit și de un grad pronunțat a ceea ce numea P.Janet „tensiune psihică” (de unde rezultă o integrare marcată a personalității, ca și simțul realului) [23, 28, 31]. În general se poate vorbi de „sănătate psihică generală evidentă, care se menține chiar la eforturi durabile și persistente”. Caracterul trebuie să fie unitar și stabil; conștiinciozitatea, confidențialitatea, discreția, simțul etic puternic, conștiința datoriei, obiectivitatea, onestitatea, simțul de ordine sînt printre calitățile pomenite. Se adaugă o capacitate superioară de a învăța. Depistăm în această listă solicitări intense și extrem de diferite, care vorbesc despre prezența factorilor de personalitate cauzatori de ardere profesional-emoțională și despre

climatul organizațional, conferind teren de manifestare pentru fenomenul în cauză [40, 47].

Toate aceste calități vorbesc despre solicitarea intensă socială pe care o confruntă judecătorii. Remarcăm că analiza dată evidențiază impactul puternic al factorilor cauzati de rolul profesional asupra stării afective a judecătorilor și vulnerabilitatea pentru ardere profesional-emoțională.

Simptomele de bază a sindromului arderii emoționale sunt:

- oboseala fizică și psihică, epuizarea
- dereglări psihosomatice (variația TA, cefalee, dereglări gastro-intestinale, cardio-vasculare, tulburări neurovegetative)
- dereglări de somn
- atitudine negativă față de clienți, lumea înconjurătoare
- atitudine negativă către activitatea efectuată (în locul determinării anterioare „asta-i pe viață”)
- standartizarea comunicării, activității, rigiditatea operațiunilor de gândire
- tendenței agresive față de colegi manifestate prin iritabilitate crescută, ură
- depresii, atitudini pesimiste, senzații de lipsă de sens în evenimentele petrecute, simțul vinovăției [90, 91, 158].

Sindromul “arderii emoționale” se dezvoltă la persoane cu potențial creativ mare, orientați către alte persoane. În cercetare vom examina aplicarea criteriilor sindromului arderii emoționale la judecători.

1.4. Profilul de personalitate a magistraților

Locul principal în activitatea judiciară este atribuit personalității judecătorului. A.Koni consideră că studierea jurisprudenței în capitolul ce se referă la activitatea judecătorească, trebuie să includă ca obiect de studiu și comportamentul judecătorului față de persoanele cu care are relații în timpul activității sale [49, 60]. Profilul magistratului trebuie să cuprindă toate competențele absolut

necesare și suficiente satisfacerii cerințelor de bază ale profesiei de magistrat, cerințe derivate, la randul lor, din cele mai importante probleme cu care se confruntă în prezent sistemul juridic în RM. Rolul personalității judecătorului în exercitarea actului de justiție are o importanță deosebită. Profesia de judecător este una din cele mai complicate în jurisprudență. Calitățile psihice principale a judecătorului sunt stabilitatea emoțională, toleranța, capacitatea la o activitate constructivă în condiții de suprasolicitare psihoemoțională. În timpul procesului de judecată sunt reproduse evenimentele dramatice și tragice ale realității, agresivitatea, ura, etc. Pentru reglarea acestor manifestări emoționale sunt necesare răbdarea, calmul, experiența profesională și de viață, la fel ca și responsabilitate înaltă, judecătorul fiind persoana, care reprezintă statul într-un proces de judecată. Profilul de personalitate a magistratului cuprinde calități mentale care permit persoanei să-și dezvolte, conștient și intenționat competențele sale și include stabilitatea emoțională, gândirea critică, integritatea cognitiv-morală, conștientizarea socială, capacitatea la o activitate constructivă în condiții de suprasolicitare psihoemoțională permanentă [76, 98, 103]. Componentele gândirii critice sunt următoarele: interpretarea, analiza, evaluarea, interferența, explicația și autoreglarea. A avea integritate înseamnă, în primul rând, a avea consistență, înseamnă a avea anumite principii morale și a acționa consecvent în acord cu ele. Valorile unei persoane trebuie să alcătuiască o structură coerentă în care unele sunt mai importante decât altele. Doar astfel persoana poate apăra o anumită opinie mai degrabă decât alta. Conștientizarea socială este competența care-i permite magistratului să analizeze, să evalueze și să se angajeze creativ în reconstruirea modelelor după care se desfășoară practicile sociale curente legate de exercițiul profesiei de magistrat în sistemul juridic din RM. Integritatea poate fi exercitată numai în cadrul legii: un magistrat trebuie să urmeze litera legii chiar dacă personal nu este de acord cu ea. Integritatea magistratului se referă la faptul că imparțialitatea,

corectitudinea, onestitatea să nu-i fie cîntite de nici un fel de practici corupte. Mobilizarea resurselor intelectuale este condiționată de convingerea că abilitățile și cunoștințele juridice nu sunt statice. Ele se îmbunătățesc într-un proces conștient de învățare continuă sau se degradează prin învățarea neintenționată dintr-o experiență nesupusă reflecției [80, 94].

Profilul magistratului trebuie alcătuit în spiritul unui echilibru între independența și răspunderea judecătorului și a justiției, respectînd anumite aspecte:

- acțiunea politică, orientată spre păstrarea separării puterilor;
- asigurarea condițiilor de bază de întărire a capacității judecătorilor de a rămâne incoruptibili. Spre exemplu, inamovibilitatea judecătorilor și salarizarea decentă a magistraților;
- întărirea răspunderii magistraților pentru calitatea actului de justiție, prin angajarea, reținerea și promovarea în sistem a persoanelor capabile și hotărîte să asigure calitatea actului de justiție [35, 58, 153].

Temperamentul judecătorului trebuie să corespundă unui șir de solicitări: reacțiile senzorio-motoare trebuie să fie rapide, iar decizia – promptă; e nevoie de o mare flexibilitate, de prezență de spirit și de sănătate psihică generală evidentă, care se menține chiar la eforturi durabile și persistente. Caracterul trebuie să fie unitar și stabil; conștiinciozitatea, confidențialitatea, discreția, simțul etic puternic, conștiința datoriei, obiectivitatea, onestitatea, simțul de ordine sunt printre calitățile pomenite. Se adaugă o capacitate superioară de a învăța. Depistăm în această listă solicitări intense și extrem de diferite, care vorbesc despre prezența factorilor de personalitate cauzatori de ardere profesional-emoțională și despre climatul organizațional, conferind teren de manifestare pentru fenomenul în cauză [80, 124, 134].

Cerințele de bază ale exercitării profesiunii de magistrat sunt:

- capacitatea de a gândi independent în chestiuni juridice
- imparțialitatea, indiferent de propriile convingeri

- aprecierea și aprobarea supremației legii în societate, restabilirea încrederii cetățenilor în justiție [47, 65].

În profesii cu activități de tip persoana-persoana oboseala profesională este determinată în primul rând de oboseala de o altă persoană. Acesta este un tip specific de oboseală, determinat de contact permanent emoțional cu un număr mare de oameni. Una din cauzele principale a oboselii profesionale este considerată atitudinea emoțională către viață în general, pozitivă sau negativă față de sine și alte persoane. Aceasta presupune o anumită atitudine către activitatea profesională, relațiile cu colegii, stilul de viață a judecătorului și problemele lui nelegate de activitatea profesională. Structura activității profesionale se modifică odată cu creșterea personală a specialistului. Anume atitudinea față de propria persoană, capacitatea de a-și pune scopuri de creștere și perfecționare profesională și personală permit cu succes îndeplinirea obligațiilor profesionale. Succesul profesional este determinat, în mare măsură, de prestigiul personal, de eficacitatea relațiilor interpersonale, de buna orientare în mediul social actual. Toate acestea devin importante și din cauza influențelor care vin din partea „obiectului muncii” sub forma mentalităților, vocabularului, stilului de viață [58, 155, 157].

Toate aceste calități vorbesc despre solicitarea intensă socială pe care o confruntă judecătorii. Remarcăm că analiza dată evidențiază impactul puternic al factorilor cauzăți de rolul profesional asupra stării afective a judecătorilor și vulnerabilitatea pentru ardere profesional-emoțională. De asemenea următorii factori sociali influențează deformarea personalității profesionalului:

- nerecunoasterea meritelor adevărate
- limitarea dreptului la libera alegere (alegerea stilului de viață, direcției cercetării științifice etc)
- necorespunderea cerințelor moral-etice profesiei, situației reale la locul de muncă; drept exemplu poate servi tema deseori discutată

în mass-media despre dependența judecătorilor de puterea executivă, mita etc

- scăderea statutului social al profesiei (inclusiv și în plan material)

- problemele personale, familiale [139, 140, 144, 146].

În aceste condiții judecătorul suferă o dezamăgire din cauza necorespunderii între situația profesională reală și închipuirea ideală despre ea.

Deci, profilul trebuie înțeles ca un mijloc de sprijinire a magistratului individual și a sistemului juridic în ansamblu, în direcția dezvoltării competențelor care permit acțiunea independentă și imparțială. Competențele incluse în profil trebuie, așadar, înțelese drept condiții interne, intrapersonale ale acțiunii corecte, independente și imparțiale ale magistratului. Evaluarea judecătorilor prin raportare la profilul magistratului trebuie percepută ca modalitate prin care sistemul juridic încurajează selecția, reținerea și promovarea persoanelor care, pe fondul unor predispoziții personale, își dezvoltă conștient și intenționat competențele care le permit acțiunea corectă și imparțială.

1.5. Concluzii

Activitatea profesională a judecătorilor se caracterizează prin anumite particularități: responsabilitate înaltă, independență procesuală, caracter variat, respectarea strictă a normelor convenționale și de drept.

- Studiarea influenței factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătății judecătorilor de către cercetătorii autoctoni nu s-a efectuat niciodată, fiind o direcție relativ nouă în știință. Publicațiile în domeniu sunt foarte puține și nu sunt complexe, conțin doar parțial date despre răspândirea și particularitățile etiopatogenetice a dereglărilor somatice și psihoneurologice la contingentul dat.

- Judecătorii fac parte din contingentul cu cel mai înalt grad de expunere la stres. Pentru judecători factorii stresogeni, care negativ

influențează starea sănătății somatice și psihice sunt volumul de lucru în creștere permanentă, insuficiența de timp, legislația în continuă reformare, caracterul public al activității sale etc.

- Ponderea cea mai mare în influența negativă ai activității judecătorilor o are izolarea socială, fenomen caracteristic pentru circa $\frac{3}{4}$ din magistrați.

- Profilul magistratului trebuie să cuprindă toate competențele absolut necesare și suficiente satisfacerii cerințelor de bază ale profesiei de magistrat, cerințe derivate, la rândul lor, din cele mai importante probleme cu care se confruntă în prezent sistemul juridic în RM.

CAPITOLUL II.

Morbiditatea somatică și influența factorilor activității profesionale asupra structurii și răspândirii patologiei somatice la judecători

2.1. Structura morbidității somatice la judecători

Pentru determinarea nivelului și structurii morbidității somatice a judecătorilor am folosit următoarele procedee: chestionarea, interogatoriul, examinarea clinică, analiza documentației medicale, teste clinice și funcționale. Aprecierea nivelului morbidității somatice s-a efectuat cu anumite dificultăți subiective și obiective. Studiul a cuprins toți judecătorii RM, care locuiesc în toate raioanele Republicii și evidența medicală a judecătorilor se face la locul de trai, la medicul de familie. Deaceea accesul la documentația medicală de la locul de dispensarizare a fost dificil de realizat. Acest fapt este cauzat de lipsa sistemului centralizat de asistență medicală a judecătorilor. În general, pe baza documentației medicale s-a reușit confirmarea diagnozei somatice la 148 persoane. În timpul cercetării nu s-a pus scopul depistării primare a maladiilor somatice, ci acumularea detaliată a informației din documentația medicală existentă. Analiza corespunderii datelor obținute din fișele medicale și în urma chestionării a aratat că și în cazul judecătorilor, a căror documentație medicală era imposibil de verificat, informația despre

starea somatică era de încredere. În afară de chestionare și analiza informației din documentația medicală, o parte din judecători (95) a fost examinată clinic în condiții de ambulator, la necesitate suplimentar s-a apreciat nivelul glicemiei, s-a efectuat ECG.

Totuși, principala problemă a fost de caracter subiectiv – motivarea mică a judecătorilor către cercetare. Chiar și după lamurirea scopului și sarcinilor acestui studiu, judecătorii manifestau o atitudine negativă sub diferite forme, ceea ce parțial poate fi lămurit de atitudinea societății față de justiție în general și de presiunea exercitată asupra judecătorilor în particular.

Cunoașterea structurii morbidității profesionale are o importanță deosebită în condițiile în care aceasta reprezintă efectul expunerii profesionale la factori nocivi din mediul de muncă și care, odată precizată, poate fi remediată prin măsuri tehnico-organizatorice profilactice. S-a pornit de la premiza că expunerea la numeroși factori de risc profesional a judecătorilor, influențează negativ starea de sănătate a acestora prin creșterea morbidității psihosomatice și prin boli legate de profesie. Morbiditatea prin afecțiunile menționate este subevaluată, neexistând în prezent o echipă interdisciplinară de specialiști, care să permită recunoașterea, semnalizarea și declararea bolilor și nici cercetarea și evidența bolilor legate de profesie. În urma analizei tuturor datelor am obținut următoarele rezultate – 2/3 din respondenți (242/365; $p < 0,005$) au indicat prezența unei sau mai multor afecțiuni cronice, predominând bolile sistemului cardiovascular (194/365; 53,15%, $p < 0,05$) – hipertensiunea arterială și cardiopatia ischemică, cu risc înalt de complicații majore. HTA ocupă primul loc în clasificarea bolilor legate de profesie. În ordinea descreșterii frecvenței urmează afecțiunile sistemului digestiv (92/365; 25,21%, $p < 0,05$), bolile bronhopulmonare (62/365; 16,99%, $p < 0,05$), afecțiunile nefroureinare (33/365; 9,04%, $p < 0,05$), bolile de piele (30/365; 8,22%, $p < 0,05$), diabetul zaharat (21/365; 5,75%, $p < 0,05$).

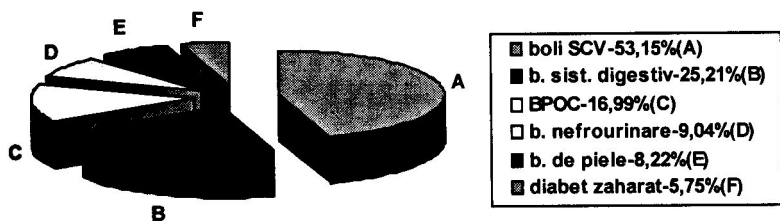


Fig.2.1. Structura morbidității somatice la judecători

Analiza statistică realizată comparativ la lotul de studiu și lotul martor pentru hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică cronică a luat în calcul stresul ca factor de risc propriu activității profesionale a judecătorilor și frecvent invocat de aceștea. Analiza riscului de îmbolnăvire prin hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică cronică, arată un risc relativ cu valori mari – pentru HTA, CI depășește 60% indicînd, că sunt indiscutabil legate de profesie. Printre maladiile sistemului cardiovascular la judecători se evidențiază, la fel ca în restul populației, boala hipertonică (168/365; 46,03%, $p<0,05$), fiind urmată de cardiopatia ischemică (43/365; 11,78%, $p<0,05$), afecțiunile vasculare (22/365; 6,08%, $p<0,05$), dereglările de ritm (11/365; 3,01%, $p<0,05$) și valvulopatiile (4/365; 1,09%, $p<0,05$).

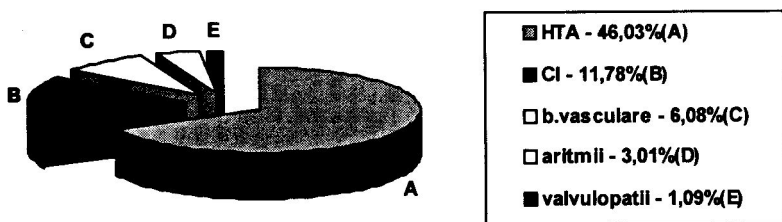


Fig. 2.2. Afecțiunile sistemului cardiovascular la judecători

Este dovedit faptul acutizării bolilor cronice și inducerea unor afecțiuni somatice primare sub influența stresului cronic, ceea ce au accentuat circa 2/3 din respondenți (240/365; 65,8%, $p<0,005$).

Sunt evidențiate multiple mecanisme de interferență a stării afective a pacientului cu sănătatea lui fizică. Interacțiunea funcțiilor psihice cu manifestările somatice se realizează nu numai prin mecanisme psihologice, dar are și substrat biologic. În această multitudine de mecanisme inevitabil intervine și factorul psihologic prin diminuarea funcției barieră de adaptare psihică. În rezultat se declanșează o cascadă de modificări fiziologice, biochimice, imunologice, capabile de a interveni în verigile patogenetice ale maladiei. În acest mod se întreține procesul patologic, formându-se un mod patologic de autoreglare. În rezultat, stresul psihic cronic, implicând o multitudine de mecanisme fiziologice, cu participarea catecolaminelor, glucocorticoizilor, hormonilor hipofizari, a sistemului nervos vegetativ, a mediatorilor-neurotransmiteri, a neuropeptidelor, inevitabil se implică în patogeneza complicată, astfel formându-se un cerc vicios de interacțiuni psiho-somatice și somato-psihice. Dereglările psihice pe de o parte – însoțesc maladiile somatice, iar pe de alta – condiționează apariția tulburărilor psihosomatice. Cercetarea a abordat riscurile profesionale care țin de relațiile psihosociale. Stresul psihoemoțional a fost identificat ca unul din factorii principali în apariția HTA, CI, DZ, dermatozelor cronice și afecțiunilor gastrointestinale cronice ($p < 0,005$).

Efectele negative ale hipertensiunii arteriale sunt agravate de prezența simultană cu ea a următorilor factori de risc suplimentari la aceeași persoană:

- Vîrsta: la peste 45 de ani (pentru magistrați din lotul de studiu – vîrsta medie este 47,2 ani), riscul de deces prin accident cerebral sau infarct miocardic crește cu 300-400% la fiecare 10 ani;
- Genul: bărbații au un risc de deces prin accident cerebral cu 30% mai mare decît al femeilor, iar în cazul decesului prin infarct miocardic acesta e mai mare cu 200-300% la bărbați decît la femei (pentru magistrați – raportul bărbați:femei = 2:1), dar după 75 ani riscurile de deces prin afecțiuni cardiovasculare devin egale;

• **Diabetul:** riscul de deces prin afecțiuni cardiovasculare crește cu 300% la bolnavii de diabet (pentru judecători – prevalența de 2 ori mai mare) față de cei care nu au diabet [26,53,84].

Analizând morbiditatea judecătorilor prin maladii ale sistemului digestiv, observăm predominarea afecțiunilor stomacului și duodenului (gastrita, duodenita, boala ulceroasă), urmînd afecțiunile ficatului (hepatita, steatoza), pancreasului și vezicii biliare (colecistita, colangita, dischinezia, litiaza), $p < 0,05$:

- gastroduodenite, ulcere – 25,2%;
- hepatite cronice și ciroze – 20,9%;
- afecțiunile pancreasului – 16,1%;
- colelitiaza, colecistita, colangita – 14,5%.

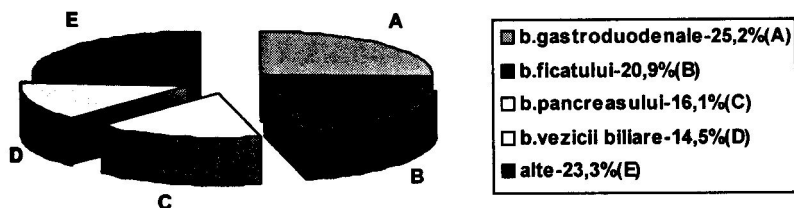


Fig. 2.3. Afecțiunile sistemului digestiv la judecători

Specificul activității profesionale a judecătorilor determină predominarea ulcerului duodenal și gastroduodenitei cronice în structura morbidității sistemului digestiv la acest contingent, ținînd cont de suprasolicitățile psihoemoționale permanente ($p < 0,005$), deficiențele regimului alimentar ($p < 0,005$), tabagismul ($p < 0,005$).

Din afecțiunile cronice a sistemului respirator la judecători predomină bronhopneumopatia cronică cu caracter obstructiv, fiind diagnosticată la 62 persoane (16,9%, $p < 0,05$). Bolile sistemului nefrouinar fiind reprezentate de pielonefrite cronice, nefrolitiază, prostatită cronică au fost atestate la 33 magistrați (9,04%, $p < 0,05$). Exema și psoriazisul sunt cele mai întîlnite patologii dermatologice în rîndurile judecătorilor ($p < 0,05$), fiind influențate de specificul activității profesionale.

2.2. Deprinderi dăunătoare și factorii activității profesionale ce influențează morbiditatea judecătorilor.

Dintre factorii activității profesionale ce determină dezvoltarea stresului ocupațional la judecători trebuie menționați:

- Volumul mare de lucru în timp limitat, $p < 0,001$;
- Lucru peste orele de program – judecătorii au 50-60 ore de lucru săptămânal, $p < 0,001$;
- Intensitatea înaltă a activității, $p < 0,001$;
- Legislația în continua reformare, $p < 0,001$;
- Necesitatea respectării stricte a normelor convenționale și de drept, $p < 0,001$.

Mai mult de 1/2 din respondenți au afirmat că posedă anumite deprinderi dăunătoare, $p < 0,005$. Alimentarea nerațională (30,84%, $p < 0,05$), hipodinamia (27,81%, $p < 0,05$) și abuzul de medicamente (13,78%, $p < 0,05$) sunt cele mai frecvente deprinderi dăunătoare căpătate în timpul activității profesionale. Dezvoltarea acestor deprinderi se lămurește prin regimul istovitor de muncă, când lucrând câte 12 – 14 ore pe zi, deseori și în zile de odihnă, judecătorii se află într-o poziție statică, nu se alimentează la timp, nu reușesc să consulte medicul, abuzînd de medicamente, luate, de regulă, conform propriilor convingeri.

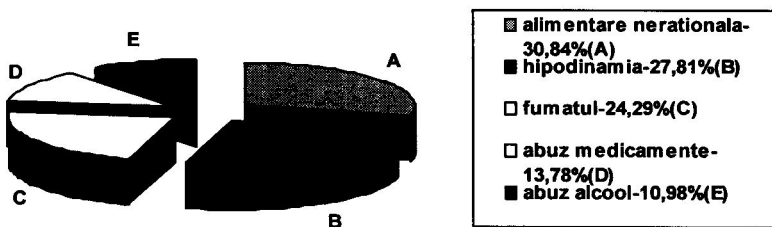


Fig. 2.4. Deprinderi dăunătoare la judecători

- Fumatul: crește riscul afecțiunilor cardiovasculare și al accidentelor cerebrale ischemice la toate vîrstele dar cu un coeficient invers proporțional cu vîrsta: la bărbații sub 65 ani riscul decesului

cardiovascular este de 2 ori mai mare la fumători decât la nefumători, pe cînd la bărbații de peste 85 ani riscul fumătorilor este numai cu 20% mai mare decât al nefumătorilor. Printre judecători sunt circa 1/4 fumători – 24,29% (89/365, $p < 0,05$). Trebuie să ținem cont și de faptul că fumatul crește în același timp riscul multor afecțiuni non-cardiovasculare (respiratorii și neoplazice). În fiecare an mor în Uniunea Europeană mai mult de 500.000 de oameni datorită fumatului. Multe din aceste decese apar prematur, victime pierzînd în medie 21 de ani față de durata medie de viață așteptată. Fumatul ucide mai mult decât SIDA + accidente rutiere + alcool + omucideri + consumul de droguri + sinucideri + incendii. Fumatul este responsabil și pentru deteriorarea sănătății atât la fumători activi cât și la cei din jurul lor aflați în situația de fumători pasivi inclusiv copii și pruncii nenăscuți [26,45,53]. Din toate aceste decese datorata fumatului 30% au loc prin bolile SCV provocate de acesta prin:

- creșterea agregării paletale și riscul crescut al formării trombozelor;
- creșterea viscozității sîngelui;
- creșterea fibrinogenului și implicit a factorului de coagulare a sîngelui;
- distrugerea directă a peretelui interior al vaselor de sînge cu favorizarea dezvoltării arteriosclerozei;
- scăderea colesterolului LDH;
- monoxidul de carbon apărut pe timpul fumatului crește consumul de oxigen al miocardului dar scade capacitatea sîngelui de a-l transporta producînd un mare dezechilibru între cererea și disponibilitatea de oxigen însoțită de deteriorarea miocardului.

• *Alcoolul*: riscul afecțiunilor cardiovasculare este mai redus cu 30-40% la cei care consumă zilnic 1-2 pahare de vin decât la cei care nu consumă zilnic alcool. Dar consumul unor cantități mai mari de alcool zilnic provoacă alte afecțiuni cardiace și crește riscul accidentelor vasculare, hipertensiune arterială, afecțiunilor non-

cardiovasculare și accidentelor generale. Consumul abuziv de bauturi alcoolice au menționat 40 magistrați, ceea ce constituie 10,98%, $p < 0,05$.

- *Hipodinamia* este destul de răspândită în rândurile judecătorilor, fiind atribuită la 27,81% ($p < 0,05$) din respondenți. Cei care fac exerciții fizice moderate cel puțin 20 minute zilnic au risc al decesului cardiovascular cu 30% mai mic decât al sedentariilor; lipsă mișcării este un factor major de risc pentru boli SCV. Populația inactivă fizic are un risc al bolilor SCV de 2 ori mai mare decât persoanele care fac mișcare și care se dublează de fiecare dată și pentru fumat, hipertensiune arterială și obezitate.

- *Alimentația nerațională* este cea mai frecventă deprindere dăunătoare menționată de magistrați, fiind atestată la 30,84% (113/365, $p < 0,05$). Raportul Comisiei Europene din 1995 arată că anual în Europa au loc 180.000 decese între oamenii cu vârsta 35-64 ani, iar dintre aceștia o treime adică 60.000 decese sunt datorate unei diete nesănătoase [53,93]. Iată câteva din constatările și recomandările ale rețelei europene a inimii:

- reducerea cu numai 1% a colesterolului din sânge reduce riscul bolilor SCV cu 3-4%;

- reducerea cu 5 unități a tensiunii arteriale la hipertensivi (prin reducerea greutății în exces și reducerea consumului în exces de sare și alcool) reduce riscul în afecțiunile inimii cu 14% și ale accidentului cerebral cu 42%;

- obezitatea atrage după sine creșterea de până la 500% a riscului diabetului de tip 2 noninsulinodependent, care la rândul lui crește riscul apariției bolilor SCV.

Dacă comparăm datele referitor la deprinderile dăunătoare a judecătorilor în prezent cu cele anterior funcției de judecător se observă că majoritatea au fost căpătate în timpul activității profesionale, mai puțin fumatul ($p < 0,05$). Pentru bărbați cele mai frecvente sunt fumatul ($p < 0,05$) și alimentarea nerațională ($p < 0,05$), iar pentru femei – alimentarea nerațională ($p < 0,05$) și hipodinamia ($p < 0,05$).

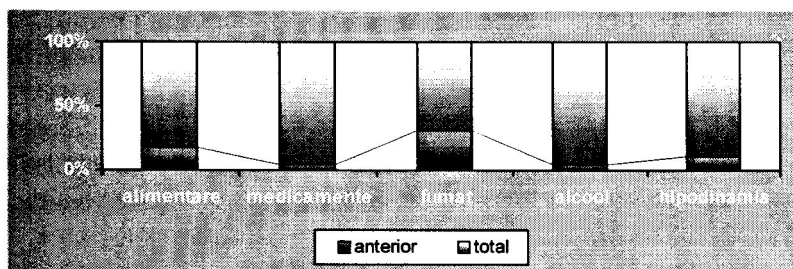


Fig. 2.5. Caracteristica deprinderilor dăunătoare în timp

Analizînd datele obținute în studiu în raport cu datele statistice pentru populația adultă din RM referitor la răspîndirea deprinderilor dăunătoare, am observat predominarea la judecători a hipodinamiei, nerespectarea regimului alimentar, utilizarea necontrolată și abuzivă a medicamentelor ($p < 0,005$). Toate acestea sunt în mare măsură influențate de particularitățile activității profesionale a magistraților – activitate de birou ($p < 0,001$), volum mare de lucru ($p < 0,001$), insuficiența de timp liber pentru odihnă și unele necesități personale ($p < 0,001$), inclusiv vizita la medic la necesitate, suprasolicitare psihoemoțională permanentă ($p < 0,001$) etc. Referitor la persoanele din grupul de control, se observă la fel predominarea hipodinamiei ($p < 0,001$) și alimentației neraționale ($p < 0,001$), iar fumatul și abuzul de alcool sunt sub media generală ($p < 0,005$). Pentru profesori este caracteristic stresul psihoemoțional specific activității profesionale exercitate de acest contingent, care influențează comportamentul și dezvoltarea deprinderilor dăunătoare. După cum se vede din fig.3.5. răspîndirea viciilor comportamentale la lotul martor este asemănătoare cu lotul de studiu, cedînd numai în aspect cantitativ, ceea ce demonstrează că activitatea în sistemul judecătoresc are un anumit specific, care determină apariția și dezvoltarea deprinderilor dăunătoare la magistrați.

* - *Factori de risc și sănătatea* [53, 93, 113].

Principalii factori de risc:

- Suprasolicitarea neuropsihosenzorială ($p < 0,001$)
- Suprasolicitarea atenției, analizatorilor: vizual, auditiv, sensorial ($p < 0,001$)
- Regimul de muncă irațional ($p < 0,001$)
- Relații de muncă încordate, tensionate cu colegii și șefii, violențe din partea publicului ($p < 0,001$).

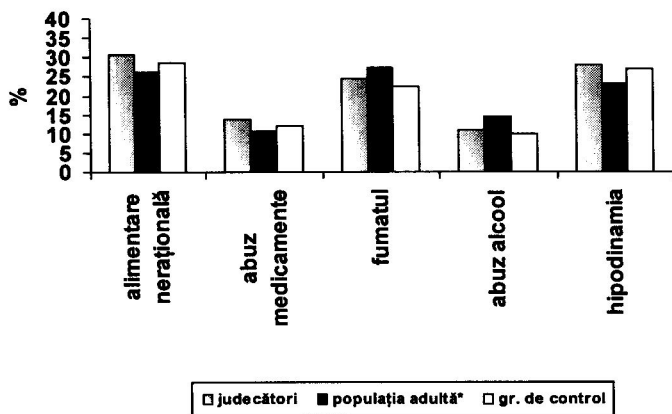


Fig. 2.6. Reprezentarea comparativă a deprinderilor dăunătoare

Factorii de stres neuropsihic ai locului de muncă determină tulburări ale somnului ($p < 0,005$), depresie ($p < 0,005$) și constituie un risc crescut de boli cardiovasculare, în principal hipertensiune arterială ($p < 0,05$).

Progresul tehnico-științific contemporan implică folosirea pe scară tot mai largă a echipamentelor electronice și a procedeele de obținere, transmite, prelucrare și prezentare a informațiilor respective, fenomen caracteristic și pentru sistemul judecătoresc. S-a creat un nou sistem “om-mașină-mediu” ce a impus necesitatea cunoașterii lui în ceea ce privește solicitările operatorului și a evaluărilor în scopul optimizării condițiilor în care se desfășoară activitatea. Alt factor este suprasolicitarea neuro-psihică determinată

de deficitul cronic de timp ($p < 0,001$), mai ales, în condițiile în care judecătorii sunt impuși să dea răspunsuri în termeni limitați.

Rezultatele obținute ar putea fi grupate în jurul următoarelor aspecte:

- intensitatea factorilor mediului în condiții specifice de muncă a acțiunii asupra organismului;
- caracterizarea particularităților profesiografice ale muncii judecătorilor;
- studierea modificărilor fiziologice cu scopul determinării analizatorilor principali în controlul actului de muncă, analizatorii care contribuie la menținerea stereotipului dinamic în limitele de activitate și cercetările sistemelor funcționale ale organismului, îndeosebi, ale sistemului cardiovascular ca factor favorabil în menținerea organismului la un înalt nivel profesional pe parcursul ciclului de muncă;
- cercetări fundamentale în scopul căutării și aplicării celor mai raționale regimuri de muncă și odihnă atât pe parcursul unei zile, cât și pentru întreg ciclu de muncă al judecătorilor, avînd drept scop stabilirea regimurilor raționale, care ar face munca mai puțin tensionată și mai productivă;
- analiza morbidității și stării de sănătate a judecătorilor prin metode de investigații complexe socio-igienice, fiziologice, biochimice, paraclinice.

2.3. Caracteristica comparativă a morbidității judecătorilor, profesorilor și populației adulte din RM

În continuare vom face o analiză comparativă a morbidității judecătorilor din lotul de studiu, profesorilor din lotul martor și a populației adulte din RM.

Activitatea profesională a profesorilor are anumite particularități ce pot influența starea de sănătate la acest contingent. Factorii cu influență negativă asupra sănătății pedagogilor sunt:

- suprasolicitarea vocală ($p < 0,001$), care poate duce la apariția

Tabelul 3.1.***Incidența și prevalența populației adulte din RM* (anul 2007)***

| | | Incidența | | Prevalența | |
|----|---|---------------|----------------|----------------|----------------|
| | | absolută | la 10.000 loc. | absolută | la 10.000 loc. |
| 1. | Bolile aparatului circulator | 68309 | 244,5 | 386816 | 1384,5 |
| | din ele HTA, CI | 46238 | 165,5 | 305734 | 1094,3 |
| 2. | Bolile aparatului digestiv | 48183 | 172,5 | 239850 | 858,5 |
| | din ele ulcer gastric și duodenal | 3418 | 12,2 | 41124 | 147,2 |
| 3. | Hepatite cronice și ciroze hepatice | 8943 | 32,1 | 63435 | 227,5 |
| 4. | Bolile aparatului respirator | 163532 | 585,3 | 218804 | 783,2 |
| 5. | Bolile pielii și tesutului celular subcutanat | 49429 | 176,9 | 57123 | 204,5 |
| 6. | Bolile endocrine, de nutriție și metabolism | 13616 | 48,7 | 88992 | 318,5 |
| | din ele: diabetul zaharat | 6852 | 24,5 | 48746 | 174,5 |
| 7. | Bolile genitor-urinare | 64658 | 235,4 | 143198 | 521,4 |
| 8. | Bolile sistemului nervos | 14172 | 50,7 | 34759 | 124,4 |
| 9. | Total pe RM | 735220 | 2631,5 | 1799937 | 6442,4 |

* - Sănătatea Publică în Moldova. Anuar statistic 2007 [113]

disfoniei sau afoniei; circa ½ din profesorii cercetați (49,46%) indică prezența anual a semnelor de disfonie de diferită intensitate;

- suprasolicitarea psihoemoțională ($p < 0,001$), care determină dezvoltarea patologiei psihosomatice – HTA, CI, boala ulceroasă,

astm bronșic etc. „Crizele pedagogice“ care apar la profesori după 10 – 15 ani de lucru au, de asemenea, origine psihosomatică;

- suprasolicitarea organului văzului ($p<0,005$), care contribuie la scăderea acuității vizuale;

- hipodinamia ($p<0,001$) și ca rezultat – spondiloartroza, supraponderabilitatea;

- poziție verticală statică timp îndelungat ($p<0,005$), care determină frecvența mai înaltă a bolii varicoase a venelor membrelor inferioare.

Profesorii, la fel ca judecătorii, nu manifestă atitudine serioasă, conștientă față de propria sănătate, fapt demonstrat prin următoarele – adresabilitatea scăzută la medic în caz de îmbolnăvire ($p<0,01$), periodicitatea insuficientă a examenelor profilactice ($p<0,01$), administrarea preparatelor medicamentoase fără prescripții medicale ($p<0,05$), promovarea insuficientă a modului sănătos de viață ($p<0,05$), nerespectarea strictă a recomandărilor medicului ($p<0,05$) etc. Un factor determinant în evidența statistică a morbidității profesorilor are activitatea medicală insuficientă – adresabilitatea joasă în caz de îmbolnăvire la medicul de familie ($p<0,01$) pentru certificat de incapacitate temporară de muncă, din motive subiective – pierderi economice, responsabilitate înaltă față de procesul didactic etc.

Analizînd datele obținute, am constatat următoarele – 65,59% ($p<0,005$) din respondenții lotului martor au indicat prezența unei sau mai multor afecțiuni cronice, predominînd bolile sistemului cardiovascular (188/372; 50,54%, $p<0,05$) – HTA, CI, boala varicoasă etc, urmează afecțiunile sistemului digestiv (98/372; 26,34%, $p<0,05$) – afecțiunile gastroduodenale, pancreatitele, hepatitele și afecțiunile vezicii biliare, bolile bronhopulmonare (52/372; 13,98%, $p<0,05$), afecțiunile nefrouinare (46/372; 12,37%, $p<0,05$), diabetul zaharat (18/372; 4,84%, $p<0,05$), bolile de piele (14/372; 3,76%, $p<0,05$).

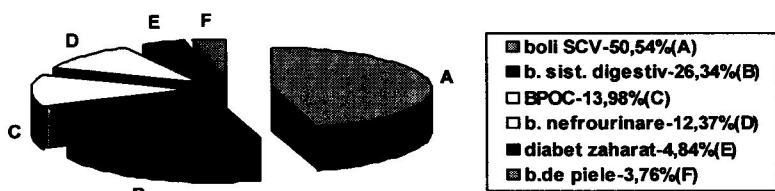


Fig.2.7. Structura morbidității somatice la profesori din grupul de control

Cercetarea a abordat riscurile profesionale care țin de relațiile psihosociale. Stresul psihoemoțional a fost identificat ca unul din factorii principali în apariția HTA, CI și afecțiunilor gastrointestinale cronice, cu frecvență mai mare la lotul studiat comparativ cu lotul martor ($p < 0,005$). Patologia cardiovasculară constituie o problemă majoră de sănătate publică în majoritatea țărilor lumii, fiind una din cauzele principale de invaliditate, morbiditate și mortalitate. Aceasta, în egală măsură, se referă și la judecători, la care predomină maladiile sistemului cardio-vascular (194/365; 53,15%, $p < 0,05$). Hipertensiunea arterială este cea mai frecventă afecțiune din acest grup (168/365; 46,03%, $p < 0,05$), cardiopatia ischemică fiind asociată sau nu HTA, este diagnosticată la 43 persoane (11,78%, $p < 0,05$). Nivelul morbidității cardiovasculare la judecători este influențată de vîrstă ($p < 0,005$), de stajul juridic general ($p < 0,005$) și de stajul de lucru în funcția de magistrat ($p < 0,005$), de predispunere ereditară ($p < 0,005$). Prevalența HTA este estimată la 15-30% din populația adultă din multe țări. În diferite țări sau regiuni ale unei țări acest parametru se poate deosebi semnificativ. În Republica Moldova un studiu efectuat anterior, utilizînd drept criterii de HTA cifrele de TA $> 160/95$ mm Hg, a constatat prevalența HTA de 17,4% în populația urbană organizată și 15,3% – în populația urbană neorganizată. Un studiu mai recent care a utilizat criteriile actuale de HTA ($> 140/90$ mm Hg) a relevat că prevalența

HTA în Republica Moldova constituie 20,1% în populația rurală și 36,9% – în populația urbană. A fost constatată o relație directă a prevalenței HTA în funcție de vîrstă. Astfel, prevalența HTA la persoanele de vîrstă 30-39 ani a fost 4,46%, la persoanele de vîrstă 40-49 ani – 10,63%, la persoanele de vîrstă 50-59 ani – 29,11%, la persoanele de vîrstă 60-69 ani – 48,98% și la persoanele de peste 70 ani – 76,32% [26,99].

Cardiopatia ischemică reprezintă una din afecțiunile cardiovasculare cele mai răspandite în masa populației și una din problemele importante de sănătate publică. Prevalența cardiopatiei ischemice în multe țări este în continuă ascensiune. În Republica Moldova prevalența CI este de 10,5%. În SUA prevalența CI este de 2,9% din populație și crește de la 8,6% la bărbații între 45-64 ani pînă la 16,8% la vîrstă de peste 65 ani. În România o anchetă de sănătate la persoanele adulte a arătat o prevalență a CI de 10,9%. Printre 15.000 persoane participante la un screening în Cluj-Napoca prevalența CI a constituit 5,86%. Prevalența CI a fost semnificativ mai mare la persoanele cu HTA, la persoanele cu diabet zaharat, la persoanele cu hipercolesterolemie, la persoanele cu hipodinamie etc. Reducerea mortalității cardiovasculare în țările economic dezvoltate coincide cu reducerea factorilor de risc majori – fumatul, hipodinamia, obezitatea, hipercolesterolemia [7,113].

Conform unor anchete de sănătate, realizate în Moldova, 46,2% bărbați și 6,2% femei de vîrstă 18-69 ani fumează în prezent. Printre judecători ponderea fumătorilor este mai mica – 24,29% ($p < 0,005$). Prevalența obezității în populația generală este de 40% la bărbați și 28% la femei [16,53].

Afecțiunile gastrointestinale ocupă locul doi în structura morbidității somatice la judecători (98/365 ; 26,85%, $p < 0,005$), predominînd gastroduodenitele, boala ulceroasă (25,2%, $p < 0,05$). Incidența prin maladiile tractului gastrointestinal la adulți ocupă locul trei în incidența generală a populației Republicii Moldova. Incidența generală prin bolile aparatului digestiv în 2007 a constituit

172,5 cazuri / 10.000 populație adultă, prevalența fiind de 858,5 cazuri / 10.000 populație adultă, structura repartizându-se în felul următor [18,113]:

- hepatite cronice și ciroze – 24,1%
- colelitiaza, colecistita, colangita – 17,5%
- afecțiunile pancreasului – 14,9%
- gastritele și duodenitele – 11,2%
- ulcerile gastrice și duodenale – 9,0%.

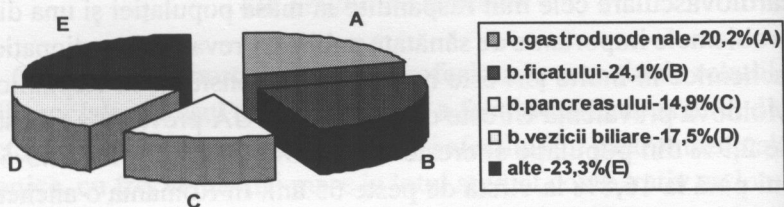


Fig.2.8. Afecțiunile sistemului digestiv la populația adultă [18]

Cei mai importanți factori de risc în apariția și dezvoltarea afecțiunilor gastrointestinale sunt stresul ($p < 0,005$), regimul alimentar nerațional (neregulat, exces de alcool, condimente, etc) ($p < 0,005$), tabagismul ($p < 0,005$). Toți acești factori au fost menționați de către judecători în calitate de deprinderi dăunătoare căpătate în timpul activității profesionale și de consecințe a programului de lucru. Frecvența mai mare a afecțiunilor gastroduodenale poate fi lămurită prin importanța factorului psihoneurologic în apariția și dezvoltarea acestor dereglări.

Ulcerul gastro-duodenal ocupă un loc important în structura afecțiunilor organelor interne, constituind cea mai frecventă maladie a tractului gastrointestinal și continuă să rămână una din problemele de bază a gastroenterologiei. Conform datelor centrului științifico-practic sănătate publică și management sanitar al RM incidența prin această maladie pe perioada anului 2005-2006 constituie 18,7 la 10 000 locuitori. Rata mortalității în această perioadă a constituit

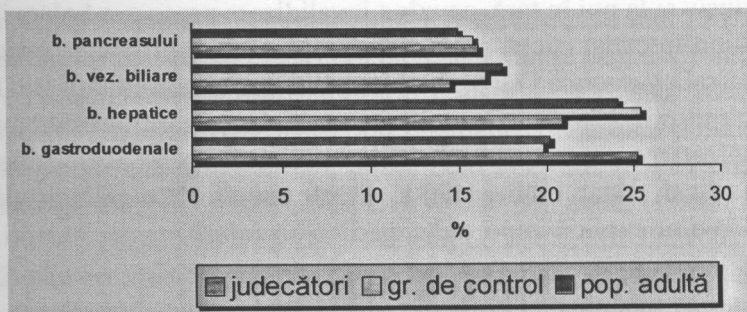


Fig. 2.9. Prezentarea comparativă a morbidității sistemului digestiv la judecători, profesori și populația adultă din RM

15,8 la 100 000 din populația vîrstnică. Răspîndirea maladiei ulceroase în populația matură constituie în diferite țări de la 10 până la 25%. Pacienții cu vîrsta peste 60 ani constituie aproximativ 10% dintre toți pacienții suferinzi de patologia dată, în limita vîrstei 60-70 ani ea este întîlnită mai frecvent la bărbați, după 75 ani – la femei. Conform datelor bibliografice, ulcerul gastroduodenal se întîlnește la 40% din bărbați și 20% la femei vîrstnice [8,18,97].

Dintre maladiile sistemului respirator, exceptînd infecțiile respiratorii acute, cel mai des întîlnite la judecători sunt afecțiunile bronhopulmonare cronice cu caracter obstructiv – 62 persoane (16,99%, $p < 0,05$), vis-a-vis de 13,98% ($p < 0,05$) în lotul martor. Organizația Mondială a Sănătății estimează că această patologie cauzează decesul a peste 2,75 milioane de persoane anual. În plan mondial BPOC reprezenta în 1990 a șasea cauză de deces, în prezent este a patra, iar în 2020 va deveni estimativ a treia cauză de mortalitate din lume. Aceași sursă afirmă că răspîndirea BPOC printre bărbați constituie 9,34%, femei – 7,3% și afectează preponderent persoanele ce au depășit vîrsta de 40 ani. Se prognozează o tendință spre creștere continuă a incidenței acestei maladii. Prevalența BPOC la indivizii cu vîrsta peste 55 de ani este de aproximativ 10%. BPOC, fiind larg răspîndită în toată lumea,

inclusiv și la noi în țară, cauzând invalidizare precoce a bolnavilor și fiind frecvent cauză a deceselor, reprezintă o problemă majoră medicală și socială [7,16]. Incidența majoră a morbidității BPOC, evoluția progresivă cu dezvoltarea insuficienței cardio-respiratorii cu afectarea precoce a capacității de muncă a persoanelor tinere, modificarea statutului social și alterarea marcată a calității vieții bolnavilor explică importanța medico-socială a acestei maladii.

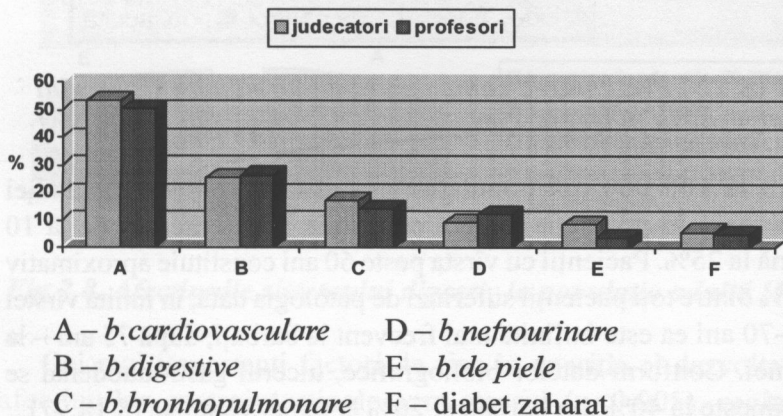


Fig. 3.10. Morbiditatea somatică a lotului de studiu și lotului martor

Diabetul zaharat este cea mai frecventă afecțiune a sistemului endocrin, fiind diagnosticată la 24 judecători (5,61%, $p < 0,05$), față de 4,84% ($p < 0,05$) pentru grupul de control. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, în prezent în lume 240 mlr persoane trăiesc cu diabet zaharat. Potrivit prognozelor, în următorii 20 de ani acest număr va crește pînă la 380 de milioane. În Republica Moldova diabetul zaharat constituie circa 50% din structura bolnavilor endocrini. La 01.01.2008 au fost la evidență 49.080 bolnavi cu diabet zaharat, inclusiv 395 de copii cu diabet zaharat tip 1 și 72 adolescenți cu tip 2. Din numărul total al pacienților cu

diabet, 44.639 (91%) persoane sunt cu diabet tip 2. În anul 2007 au fost înregistrate 6.828 cazuri noi de diabet, dintre care 6771 adulți și 57 copii. Prevalența diabetului constituie 137,2 la 10.000 populație; la copii 20,4 la 10.000 populație. Cazuri noi de boală sunt înregistrate anual 6.828; dintre care 6771 adulți și 57 copii. Incidența diabetului este de 26,2 la 10.000 populație; la copii 3,4 la 10.000 populație[4,93,113]. Factorii de risc pentru dezvoltarea DZ sunt ereditatea, regimul alimentar nerațional, modul de viață. Sunt predispuși cei cu ocupații sedentare și cu solicitări nervoase exagerate, condiții specifice activității profesionale a magistraților. Toate acestea argumentează frecvența mai mare a DZ la judecători vis-à-vis de restul populației adulte din Republica Moldova. Nivelul morbidității cu diabet zaharat la magistrați este direct proporțional cu stajul de lucru în funcția de judecător ($p < 0,005$).

Deși cercetările au demonstrat o puternică corelație între stres și anumite răspunsuri fizice și fiziologice, totuși, nu se poate concluziona că stresul generează boli specifice. Este cert faptul că stresul afectează modul în care indivizii abordează boala și reprezintă unul din factorii de bază în debutul și menținerea multor maladii. Pentru a efectua managementul oricărui fenomen este necesară o monitorizare detaliată a lui. Rezultatele măsurării și monitorizării stării de sănătate pot fi utilizate pentru informarea populației privind propriile probleme de sănătate, modul de prevenire a bolilor, promovarea stilului sănătos de viață, prezentarea factorilor de risc pentru sănătate; pentru managementul serviciilor de sănătate – stabilirea necesităților în serviciile medicale, a ofertei și calității lor, impactul consumului de servicii medicale asupra stării de sănătate. Unul din obiectivele cercetării actuale a fost determinarea factorilor nocivi ai activității profesionale a judecătorilor ce au influență negativă în dezvoltarea maladiilor somatice și psihice la acest contingent. Cunoașterea stării sănătății a magistraților, a morbidității prin patologii anumite conduce la identificarea nevoilor de servicii de sănătate la acest contingent și

implicit elaborarea măsurilor profilactice pentru prevenirea îmbolnăvirilor. Managementul serviciilor de sănătate la judecători trebuie început încă de la angajarea în funcție. Fiecare candidat la funcția de judecător pe lângă examenul medical obligator, care apreciază sănătatea somatică, ar trebui să treacă testarea psihologică, care va aprecia și starea psihologică a candidaților, rezistența la situații stresante etc. Totodată, anual în cadrul examenului medical obligator a judecătorilor este absolut necesar de apreciat nivelul sănătății somatice și psihice, de luat măsuri de corecție a dereglărilor depistate. Pentru prevenirea reacțiilor neadecvate în situații stresante, este nevoie de un șir de măsuri – respectarea unui regim de lucru și odihnă, care include ziua de lucru de 8 ore, numărul dosarelor examinate să nu influențeze calitatea, adică corectitudinea decizională, asigurarea judecătorilor cu judecători conform necesităților, asigurarea securității judecătorilor, asigurarea accesului la serviciile medicale solicitate, asistarea psihologică în incinta judecătorilor de către un serviciu specializat etc. Prevenția multor maladii constă în înlăturarea factorilor sau condițiilor, care au efecte negative asupra sănătății. Pentru aceasta este nevoie în primul rând de identificat acești factori, de apreciat rolul lor în apariția și dezvoltarea tulburărilor de sănătate, precum și a mecanismelor de acțiune a acestora. Tendința actuală este de a prezenta un nou model al stării de sănătate care să sprijine identificarea priorităților, dar care să includă atât determinanții stării de sănătate cât și alți factori care influențează rezultatele de sănătate. Rezultatele pot merge de la îmbunătățirea stării de sănătate, reducerea morbidității, incapacității, mortalității, la vindecare sau modificări în calitatea vieții. Se demonstrează fără echivoc, prin datele statistice, că expunerea la stres cronic este responsabilă de apariția unor boli. Studiul militează pentru înființarea în sistemul judecătoresc a unor structuri adecvate de monitorizare a factorilor de risc și stării de sănătate a magistraților.

2.4. Concluzii

Morbiditatea psihosomatică a judecătorilor este influențată atât de factori extensivi – stajul juridic general, durata activității în funcție de judecător, numărul dosarelor examinate, cât și de factori cu caracter calitativ – caracterul dosarelor examinate, implicarea emoțională, satisfacția profesională etc. În structura morbidității somatice la judecători predomină afecțiunile sistemului cardiovascular – 53,15%, fiind urmate de bolile sistemului digestiv – 25,00%, afecțiuni bronhopulmonare cronice obstructive – 19,39%, diabet zaharat – 5,61%. Cunoașterea stării sănătății a magistraților, a morbidității ei prin patologii anumite conduce la identificarea nevoilor de servicii de sănătate la acest contingent și implicit elaborarea măsurilor profilactice pentru prevenirea îmbolnăvirilor. Rezultatele studiului propun implementarea unor măsuri importante pentru protecția sănătății la acest contingent:

- adoptarea politicii managementului integrat;
- implementarea sistemului de calitate a actului medical;
- formarea personalului și supravegherea stării de sănătate a acestuia.

Studiul morbidității judecătorilor în RM evidențiază o serie de aspecte de ansamblu, dar și specifice care ne conduc la următoarele concluzii:

1. Identificarea corectă a riscurilor profesionale și supravegherea acestora la locul de muncă reprezintă domeniul de bază al activității serviciilor de sănătate publică.
2. Necesitatea efectuării concilierii în problemele de sănătate și securitate în muncă, avînd datoria de a semnală și comunica riscurile profesionale, pentru luarea unor măsuri precoce de profilaxie tehnicoorganizatorică și medicală.
3. Managementul de reabilitare și reintegrare profesională a judecătorilor cu boli cronice aflați în dispensarizare activă și de refacere a capacității de muncă.

CAPITOLUL III.

Caracteristica psiho-socială a judecătorilor în RM

3.1. Caracteristica socială a judecătorilor

Rezultatele expuse în studiul dat au fost obținute la examinarea a 365 persoane, care reprezintă judecătorii din judecătoriile municipale și raionale, judecătorii Curții Supreme de Justiție, judecătorii Curților de Apel din Republica Moldova (243 bărbați și 122 femei, ce reprezintă respectiv 66,5% și 33,5%).

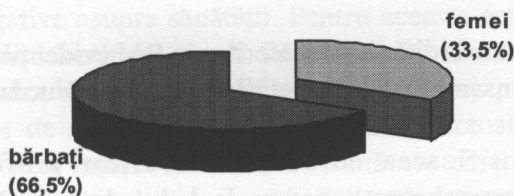


Fig. 3.1. Raportul B/F prinre judectori

Vîrsta judecătorilor varia de la 34 pînă la 69 de ani (vîrsta medie – 47, 2 ani, $p < 0,005$), predominînd judecătorii cu vîrsta între 40 și 59 ani, care au constituit majoritatea din lotul cercetat – 279 persoane, ceea ce constituie 76,43% ($p < 0,005$).

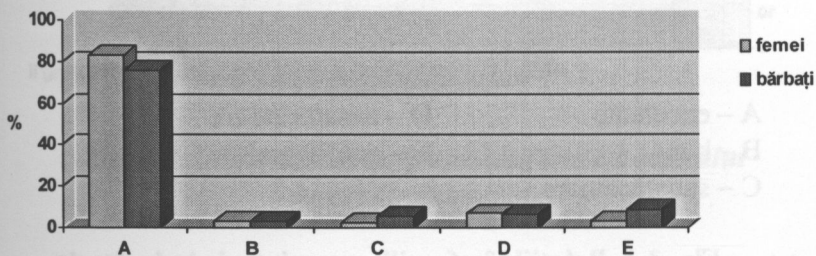
În momentul chestionării erau căsătoriți și locuiau împreună cu soțul/soția 78,5%, $p < 0,005$ (femei- 83,39%, bărbați- 75,97%), erau căsătoriți și trăiau aparte 3,27%, $p < 0,005$ (femei- 3,48%, bărbați-

3,18%), în concubinaj 4,44 %, $p < 0,01$ (femei- 2,76%, bărbați- 5,31%), 6,78%, $p < 0,005$ (femei- 6,89%, bărbați- 6,71%) erau divorțați, 7,01%, $p < 0,005$ (femei- 3,48%, bărbați- 8,83%) nu au fost căsătoriți niciodată. Starea familială a bărbaților și femeilor este redată în diagrama de mai jos.

Tabelul 3.1.

Caracteristica după vârstă a judecătorilor

| Vîrsta | Nr. | % |
|-------------|-----|--------|
| 30 – 39 ani | 32 | 8,77% |
| 40 – 49 ani | 162 | 44,38% |
| 50 – 59 ani | 117 | 32,05% |
| 60 – 69 ani | 54 | 14,80% |
| Total | 365 | 100 % |



A - căsătoriți

D - divorțați

B - căsătoriți, dar trăiesc aparte

E - necăsătoriți niciodată

C - concubinaj

Fig. 3.2. Starea familială a judecătorilor

Au fost apreciate comparativ relațiile familiare între bărbați și femei, stabilindu-se o diferență marcatoare, cu afectarea mai pronunțată a judecătorilor de gen feminin, care au manifestat o labilitate psihoemoțională mai pronunțată, $p < 0,005$ (mai ales

femeile singurate), ceea ce a influențat în anumite cazuri hotărîrea decizională. Majoritatea au apreciat relațiile în familie drept bune (189/365; 51,78%, $p < 0,05$), inclusiv 132 (54,32%) bărbați, 57 (46,72%) femei, și excelente (43/365; 11,78%, $p < 0,05$), printre care 25 (10,29%) bărbați și 18 (14,75%) femei. Totuși, 46 persoane (12,61%, $p < 0,05$) au apreciat negativ relațiile familiare – 7,94%, $p < 0,05$ (14/243; 5,76% bărbați și 15/122; 12,29% femei) – nesatisfăcătoare, 4,66%, $p < 0,05$ (8/243; 3,29% bărbați și 9/122; 7,38%) – conflictuale. Se evidențiază clar aprecierea nefavorabilă a stării familiare preponderent printre femei.

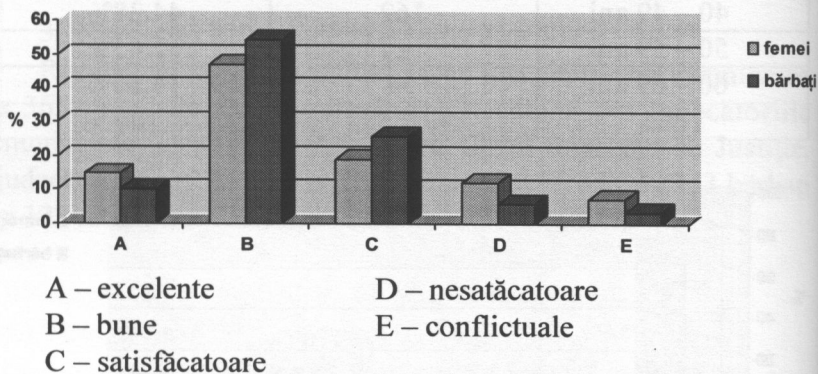


Fig. 3.3. Relațiile în familie apreciate de judecători

3.2. Condițiile formării și dezvoltării particularităților personale a judecătorilor

Influența activității profesionale a judecătorilor asupra stării psihice este determinată de mai mulți factori. Printre acestea un rol important au intensitatea muncii ($p < 0,005$), caracterul dosarelor examinate ($p < 0,005$), motivarea ($p < 0,005$) și satisfacția de la lucrul ($p < 0,005$). Conform rapoartelor statistice în RM sarcina lunară medie pentru un judecător depășește 55 de dosare ($p < 0,001$), în unele cazuri ajungînd la 90-95 dosare lunar. Un număr mare de

dosare impune judecătorii să se rețină la serviciu, astfel ziua de muncă fiind de 10 – 12 ore, uneori și mai mult. Insuficiența de timp pentru examinarea dosarelor nu permite magistraților să analizeze profund toate materialele expuse, deseori fiind grăbiți de a lua decizia. Prelucrind și analizând datele din chestionare s-a evidențiat neomogenitatea conform caracterului dosarelor examinate. Astfel au fost formate doua grupe:

I gr. – predomină dosarele penale (131 persoane, 35,89%, $p < 0,005$)

II gr. – predomină dosarele civile și administrative (234 persoane, 64,11%, $p < 0,005$)

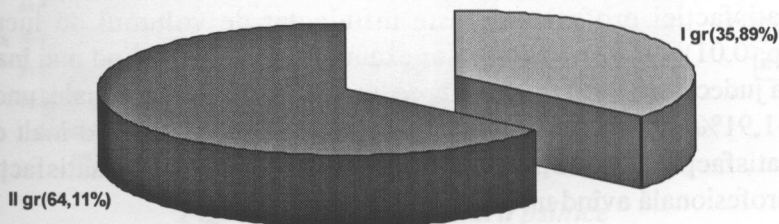


Fig. 3.4. Repartizarea în grupe conform caracterului dosarelor examinate

Motivarea profesională este mai accentuată la judecători în primii ani de activitate ($p < 0,01$), datorită dorinței de creștere profesională ($p < 0,01$), de a se afirma în funcție ($p < 0,01$) și de a avea o carieră ascendentă ($p < 0,01$). Caracterul dosarelor examinate are influență neînsemnată asupra motivării judecătorilor, predominând totuși puțin la judecătorii din I grupă. Numai 32 judecători (8,76%, $p < 0,01$) manifestă motivare profesională scăzută, 2/3 indicând un nivel mediu al motivării – 182/243, $p < 0,01$; 64,31% bărbați și 105/122; 72,41% femei. Motivarea înaltă o prezintă 102 (27,94%, $p < 0,01$) din judecători, dintre care 78 bărbați (27,56%) și 31 femei (21,40%).

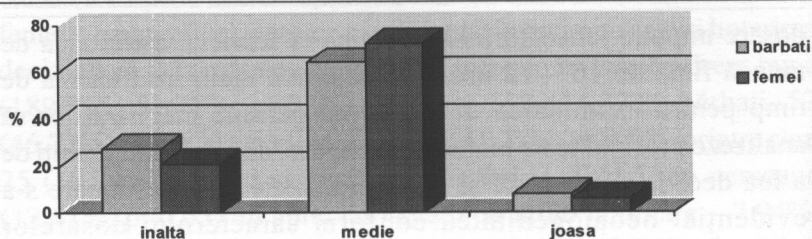


Fig. 3.5. Motivarea profesională a judecătorilor

Satisfacția profesională este un factor foarte important al activității judecătorilor, cu influență directă asupra stării psihoemoționale și motivării profesionale a judecătorilor. Gradul satisfacției profesionale este influențat de volumul de lucru ($p < 0,01$), caracterul dosarelor examinate ($p < 0,01$), fiind mai înalt la judecătorii din I grupă, cu predominarea dosarelor penale, unde 51,91%, $p < 0,01$ (68/131) din judecători prezintă un grad înalt de satisfacție și la 33,59%, $p < 0,01$ (44/131) judecători satisfacția profesională avînd un nivel satisfăcător.

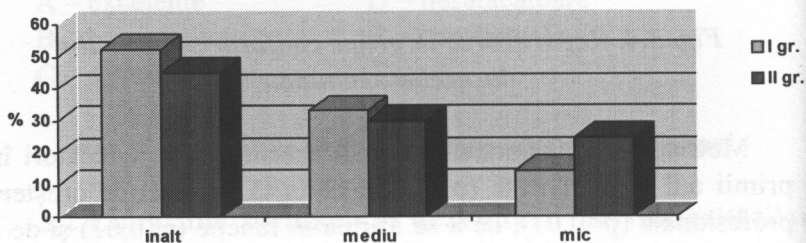


Fig.3.6. Gradul satisfacției profesionale a judecătorilor

Despre periculozitatea activității profesionale ne vorbesc următoarele date – circa 1/5 (72/365; 19,73%, $p < 0,05$) permanent sunt îngrijorați de propria viață și a membrilor familiei sale, aproape 1/2 (176/365; 48,22%, $p < 0,05$) resimt periodic această frică. Amenințările în adresa judecătorilor sunt destul de frecvente.

47,12% (172/365, $p<0,05$) din respondenți au afirmat că au primit amenințări în legătură cu activitatea sa profesională.

Aprecierea nivelului solicitării psihice a avut caracter subiectiv în rezultatul autoevaluării de către judecători a influenței activității profesionale asupra stării psihologice. Cercetarea a arătat că circa 1/3 din respondenți (122/365; 33,42 %, $p<0,01$) au apreciat nivelul solicitării psihice drept “mediu”, majoritatea indicînd un nivel “înalt” (192/365; 52,61%, $p<0,01$) și “extrem, foarte înalt” (51/365; 13,97 %, $p<0,01$) a solicitării psihice la locul de muncă.

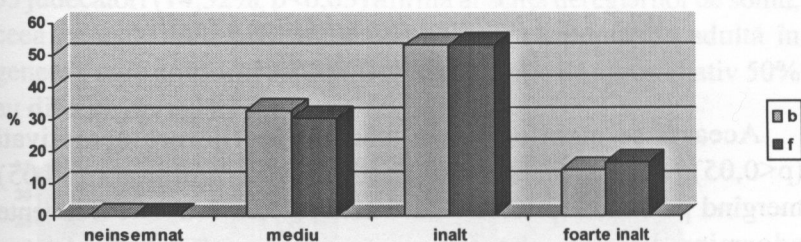


Fig. 3.7. Nivelul solicitării psihice

Astfel, 2/3 din judecatori menționează că nu sunt în stare să mențină ritmul activității fără a dăuna starea sănătății ($p<0,005$). Niciunul (!) nu a apreciat nivelul solicitării psihice “neînsemnat”. După cum se vede din desen variația nivelului solicitării psihice în dependență de sex nu este semnificativă. În același timp, rezultatele au arătat că judecătorii apreciază nivelul solicitării psihice în dependență de numărul dosarelor examinate ($p<0,05$) și dificultatea lor ($p<0,05$), caracterul dosarelor avînd un rol secund ($p<0,05$). Astfel, judecătorii care examinează preponderent dosare civile în număr mare au indicat un nivel de suprasolicitare neuropsihică mai înalt decît judecătorii cu predominarea cauzelor penale într-un număr mai mic ($p<0,05$).

În același timp majoritatea judecătorilor (79,73%; 291/365, $p<0,01$) au menționat limitarea capacităților adaptive în situații de

stres psihoemoțional atât în condiții cotidiene, cât și în timpul activității profesionale.

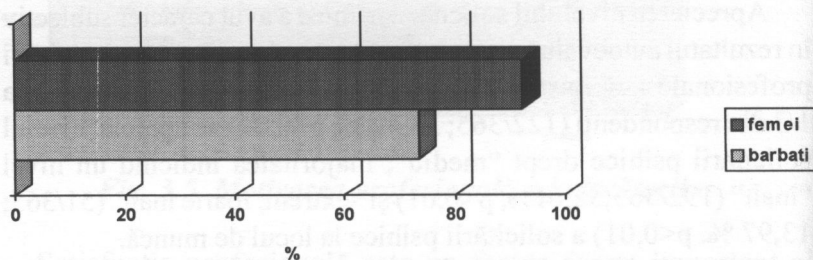


Fig. 3.8. Limitarea capacităților adaptive la stres a judecătorilor

Aceasta se manifestă prin stări de îngrijorare nemotivată ($p < 0,05$), deseori senzații de frică în locuri publice ($p < 0,05$), mergînd pe stradă ($p < 0,05$), dereglări de somn (treziri frecvente, adormire dificilă, oboseală la trezire), $p < 0,05$. Ca factori determinanți în aceste situații judecătorii au menționat în prim plan volumul mare de lucru ($p < 0,05$), apoi caracterul dosarelor examinate ($p < 0,05$) care este reprezentat de mărturiile persoanelor participante la proces, de presiunea exercitată de părțile cointerestate, de presă, de reacția societății. În aceste condiții scade capacitatea de muncă, proprietățile cognitiv-analitice sunt reduse, ceea ce poate influența în anumită măsură capacitatea decizională a judecătorilor. Pe lângă suprasolicitarea profesională, un rol important în dezvoltarea stresului profesional la judecători au greșelile în administrare ($p < 0,05$), nivelul de salarizare ($p < 0,05$), relațiile familiare ($p < 0,05$) și starea sănătății ($p < 0,05$).

Dereglările de somn reprezintă un fenomen caracteristic ca urmare a influenței stresante a factorilor activității profesionale a judecătorilor, avînd caracter epizodic sau periodic. Majoritatea judecătorilor (312/365; 85,48%, $p < 0,01$) prezintă dereglări de somn, predominînd adormirea dificilă ($p < 0,05$), trezirile frecvente

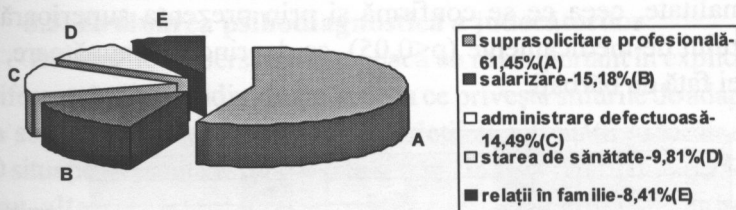


Fig. 3.9. Cauzele stresului judecătoresc

($p < 0,05$) și starea de oboseală la trezire dimineața ($p < 0,05$). Numai 53 judecători (14,52%, $p < 0,05$) afirmă absența dereglărilor de somn, ceea ce este mult prea mult comparativ cu populația adultă în general, care conform estimărilor în proporție de aproximativ 50% au diferite dereglări de somn.

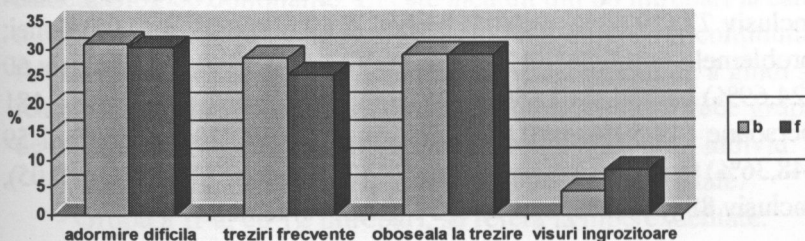


Fig. 3.10. Dereglări de somn la judecători

Medicamentele sedative ca mijloc de luptă cu stările psihoneurotice cauzate de activitatea profesională sunt menționate de aproape 2/3 din respondenți (241/365; 66,03%, $p < 0,05$), dintre care 44 persoane (12,05%, $p < 0,05$), inclusiv bărbați – 25 (10,29%) și femei – 18 (14,75%) – permanent, 109 persoane (29,86%, $p < 0,05$), inclusiv bărbați – 70 (28,81%) și femei – 39 (31,97%) – deseori. Circa 1/3 din respondenți au menționat faptul că nu folosesc niciodată sau ocazional (o dată în jumătate de an) preparate sedative ($p < 0,05$). Astfel, se observă că judecătorii de gen feminin mai frecvent recurg la medicamente pentru a reveni la starea de

normalitate, ceea ce se confirmă și prin prezența superioară a abuzului de medicamente ($p < 0,05$), ca deprindere daunătoare, la femei față de bărbați.

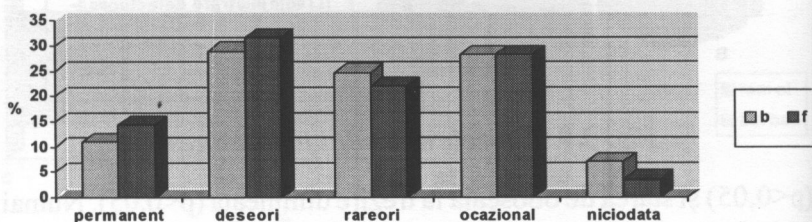


Fig. 3.11. Administrarea de sedative de către judecători

Cele mai actuale probleme expuse de judecători sunt starea de sănătate (inclusiv psihoemoțională) – 131 persoane (35,89%, $p < 0,05$), inclusiv 72 (29,63%, $p < 0,05$) bărbați și 59 (48,36%, $p < 0,05$) femei; problemele familiale – 121 persoane (33,15%, $p < 0,05$), inclusiv 60 (24,69%) bărbați și 61 (50,00%) femei; problemele financiare – 181 persoane (49,59%, $p < 0,05$), inclusiv 122 (50,21%) bărbați și 59 (48,36%) femei; cariera profesională – 122 persoane (33,42 %, $p < 0,05$), inclusiv 88 (36,21%) bărbați și 34 (27,87%) femei.

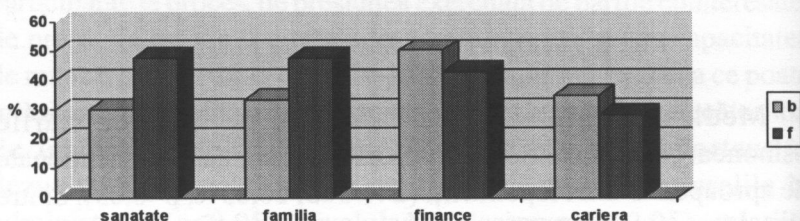


Fig. 3.12. Probleme actuale ale judecătorilor

Astfel starea sănătății psihice a judecătorilor în mare măsură este influențată de caracterul și intensitatea solicitării profesionale ($p < 0,01$), de asigurarea condițiilor normale de lucru ($p < 0,01$), care determină la fel satisfacția și motivarea profesională a judecătorilor.

3.3. Evaluarea psihodiagnostică a judecătorilor

Trăsăturile de personalitate joacă un rol important în explicarea diferențelor interindividuale în ceea ce privește stilurile de adaptare la solicitările stresante, specifice vieții și activității judecătorilor. O situație stresantă este evaluată și trăită în mod diferit de o persoană sau alta, rezistența la stress fiind dependentă de anumite particularități din sfera personalității.

La colectarea materialului factologic, pentru cercetarea psihodiagnostică, am utilizat chestionarul „Personalități accentuate” (H. Schmieschek), scala autoevaluării nivelului anxietății (C.Spilberger), scala depresiei (Hamilton) și un chestionar adițional.

Chestionarul caracterologic „Personalități accentuate” (H. Leonard, H. Schmieschek) determină manifestările caracterologice dominante. El este alcătuit din 88 întrebări la care o persoană poate răspunde cu DA sau NU, după cum conținutul fiecărei întrebări se potrivește cu dispozițiile, modul de a gândi și reacțiile sale. Întrebările randomizate, cotează pentru zece grupe de trăsături care pot fi accentuate în personalitatea unui individ:

- Grupa I, cu 12 întrebări, se referă la demonstrativitate.
- Grupa a II-a, cu 12 întrebări, se referă la hiperexacitate.
- Grupa a III-a, cu 12 întrebări, se referă la hiperperseverență.
- Grupa a IV-a, cu 8 întrebări, se referă la nestăpânire.
- Grupa a V-a, cu 8 întrebări, se referă la hipertimie.
- Grupa a VI-a, cu 8 întrebări, se referă la distimie.
- Grupa a VII-a, cu 8 întrebări, se referă la ciclotimie.
- Grupa a VIII-a, cu 4 întrebări, se referă la exaltare.
- Grupa a IX-a, cu 8 întrebări, se referă la anxietate.
- Grupa a X-a, cu 8 întrebări; se referă la emotivitate.

Se poate vorbi de accentuarea propriu-zisă a unei trăsături, atunci când numărul de răspunsuri semnificative sau simptomatice dintr-o grupă (prestabilite de autor) trece de 50%. Pentru fiecare grup de trăsături accentuate, poate fi calculată o notă ponderată, prin înmulțirea numărului de răspunsuri semnificative cu un

coeficient tabelar stabilit de autor, astfel încat la fiecare grup să poată fi obținut aceeași nota maximă (dat fiind numărul diferit de întrebări pe grupe).

Chestionarul Hamilton (scala HRSD a fost introdusă în 1960 de Hamilton) pentru aprecierea prezenței și gradului de depresie (21 întrebări) a permis de a evidenția starea eutimică a persoanei (0-6 puncte), de asemenea, depresia ușoară (7-12 puncte), moderată (13-19 puncte) și semnificativă (mai mult de 20 de puncte). Unsprezece itemi sunt evaluați pe o scala 0-4 și restul itemilor, pe o scala 0-2.

Chestionarul Spilberger (40 întrebări repartizate în 2 părți câte 20), este un test informativ pentru aprecierea nivelului anxietății în momentul dat (anxietatea reactivă) și anxietății personalității (ca o trăsătură caracteristică a persoanei). La interpretarea rezultatelor se ținea cont de punctajul răspunsurilor și se apreciau nivelele jos (pană la 30 puncte), moderat (31-45 puncte) și înalt (mai multe de 46 puncte) ale anxietății. Anxietatea reactivă este caracterizată prin neliniște, nervozitate, dereglarea atenției. Anxietatea ca trăsătură de caracter prevede o tendință stabilă de a aprecia multe situații drept amenințătoare, este asociată frecvent cu afecțiuni psihosomatice.

În toate cazurile procedura era parte componentă a examinării complexe, ce cuprindea inclusiv starea somatică a judecătorilor. În cazurile necesare pentru analiză s-au folosit rezultatele examinărilor altor specialiști și datele metodelor suplimentare, folosite pentru concretizarea diagnozei somatice. Una din sarcinile de baza a cercetării a fost evidențierea tuturor factorilor activității profesionale a judecătorilor, ce au potențial de a influența sănătatea psihică a judecătorilor.

3.4. Rezultatele testării psihometrice a judecătorilor

Chestionarele propuse au fost completate de 365 judecători (vîrsta medie 47,2 ani, $p < 0,005$). Aprecierea gradului depresiei prin *testul Hamilton* a permis de a aprecia prezența și gradul depresiei

la judecători, precum și factorii, care sunt responsabili de inițierea și menținerea acestei stări.

Conform scorului, la 216 (59,18%, $p<0,01$) s-a constatat lipsa depresiei (scor mediu $5,2 \pm 0,7$), inclusiv 53 (43,44%) femei și 163 (67,07%) bărbați, la 88 (24,11%, $p<0,01$) - depresie ușoară (scor mediu $8,8 \pm 2,2$), inclusiv 32 (26,23 %) femei și 56 (23,04%) bărbați, la 42 (11,51%, $p<0,01$) - moderată (scor mediu $16,2 \pm 2,6$), inclusiv 24 (19,67%) femei și 18 (7,41 %) bărbați și la 19 (5,21%), $p<0,01$ – semnificativă (scor mediu $24,4 \pm 4,3$), inclusiv 13 (10,65%) femei și 6 (2,47%) bărbați.

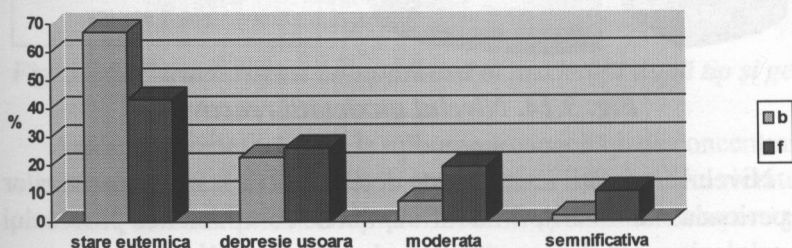


Fig. 3.13. Repartizarea conform gradului de depresie

Factorii care determină prezența depresiei sunt legați atât de activitatea profesională, cât și de viața cotidiană. Astfel, au fost menționați mai des regimul istovitor de muncă ($p<0,05$), insuficiența permanentă a timpului liber ($p<0,05$), posibilitatea redusă de creștere profesională ($p<0,05$), care la rândul lor determină nivelul de satisfacție și motivare profesională ; pentru femei ponderea mai mare revine problemelor de ordin familial ($p<0,05$) și sanogen ($p<0,05$).

Aprecierea gradului anxietății la judecători prin testul Spilberger.

Chestionarul Spilberger, propus judecătorilor investigați a permis de a obiectiviza, prin procedeul de autoapreciere, nivelul anxietății în momentul dat (anxietatea reactivă) și anxietatea

personalității (ca trăsătură caracteristică a persoanei). În grupurile investigate, divizate conform caracterului dosarelor examinate, anxietatea reactivă avea un grad asemănător de manifestare, 150 (61,73%, $p < 0,05$) bărbați și 54 (44,26%, $p < 0,05$) femei avînd un nivel mic, 82 (33,74%, $p < 0,05$) bărbați și 50 (40,98%, $p < 0,05$) femei – nivel mediu, 11 (4,53%, $p < 0,05$) bărbați și 18 (14,76%, $p < 0,05$) femei – nivel înalt ai anxietății reactive.

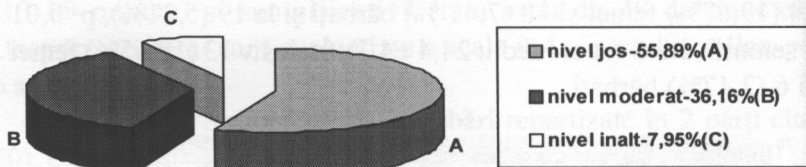


Fig. 3.14. Nivelul anxietatii reactive

Nivelul anxietății reactive este determinat de starea judecătorilor în perioada examinării, fiind influențat de complicitatea procesului în acel moment, prezența unor probleme cotidiene, care cer rezolvare recentă.

Anxietatea personală foarte înaltă corelează direct proporțional cu prezența unui conflict nevrotic, cu șuturi emoționale și nevrotice și maladii psihosomatice.

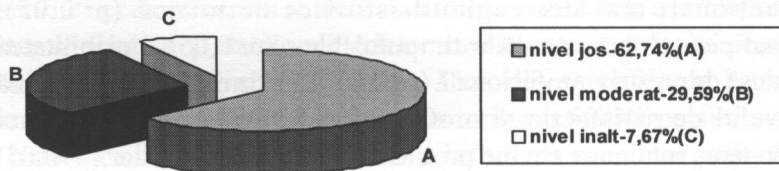


Fig. 3.15. Nivelul anxietatii personale

Analizînd comparativ gradul anxietății între genuri am stabilit o variație semnificativă atît pentru anxietatea reactivă, cît și pentru anxietatea personală. Nivelul semnificativ mai înalt ai anxietății a

fost stabilit în cazul persoanelor de gen feminin ($p < 0,03$), diferența între tipurile de anxietate fiind foarte mică.

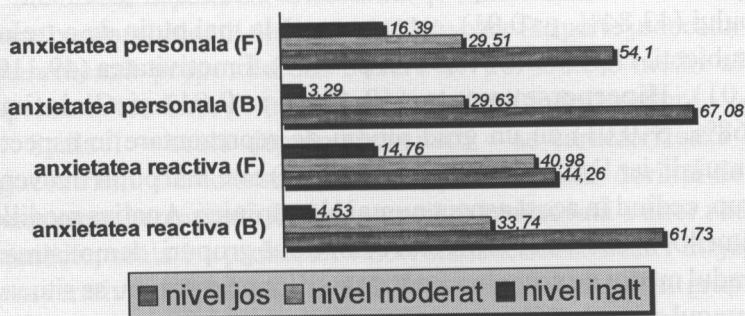


Fig. 3.16. Caracteristica comparativă ai anxietății după tip și gen

Anxietatea reactivă duce la tulburarea capacității de concentrare a atenției, uneori a dereglării coordonării precise. Anxietatea personală caracterizează tendința constantă a persoanei de a percepe un cerc larg de situații ca fiind amenințătoare, de a reacționa la ele sub formă de stare anxioasă.

Chestionarul „H. Schmieschek” (Explorarea „Personalității accentuate”)

În ansamblu, se poate aprecia că la chestionarul „H. Schmieschek”, ce vizează explorarea personalității accentuate, subiecții grupului nostru de studiu se încadrează în „limitele normalului”, media accentuărilor pentru fiecare subiect în parte, aflându-se sub nivelul procentajului critic de 75%, $p < 0,005$. Se observă că există trăsături de personalitate care pot să depășească nivelul accentuării medii, dar în cazul fiecărui subiect, acestea sunt „compensate” sub diverse forme și armonios integrate în structura de ansamblu a personalității. Estimată din punct de vedere al gradului de intensitate al accentuării, Demonstrativitatea este cea mai „accentuată” trăsătură a grupului (55,82%, $p < 0,01$), urmând în ordine descrescătoare, Hiperexactitatea (54,16%, $p < 0,01$),

Anxietatea (50,75%, $p<0,01$) și Distimia (50,21%, $p<0,01$). Hiperexacitatea este trăsătura accentuată ce apare la majoritatea respondenților, iar Nestăpânirea, trăsătura cea mai „atenuată” a grupului (43,84%, $p<0,01$), este prezentă la mai puțin de o treime din subiecți. Hipertimia (48,56%, $p<0,01$), Emotivitatea (49,11%, $p<0,01$), Hiperperseverența (49,45%, $p<0,01$) și Ciclotimia (49,68%, $p<0,01$) au un grad mediu de reprezentare în aspectul accentuării, iar Exaltarea (47,67%, $p<0,01$) este mai puțin frecventă în grup, cedând în acest aspect numai Nestăpânirii. Analiza mediilor trăsăturilor accentuate, la nivelul celor două grupuri, demonstrează că gradul mediu de accentuare al trăsăturilor pe eșantion, se situează sub pragul critic de 75%. Gradul mediu de accentuare a unora dintre trăsături, variază la nivelul celor două loturi. Variația mediilor are însă semnificație statistică doar în ceea ce privește următoarele trăsături de personalitate: Demonstrativitate, Nestăpânire, Hiperexacitate, Ciclotimie/labilitate afectivă și Emotivitate. Cea mai „accentuată” trăsătură a grupului I, din care fac parte judecătorii

Tabelul 3.2.

Media scalelor PA

| | Scala | Media eșantion % (n=365) | Media gr.I % (n=131) | Media gr.II % (n=234) |
|----|-------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 | Demonstrativitate | 55,82 | 54,96 | 56,30 |
| 2 | Hiperexacitate | 54,16 | 55,28 | 53,56 |
| 3 | Hiperperseverența | 49,45 | 49,68 | 49,32 |
| 4 | Nestăpânire | 43,84 | 43,32 | 44,12 |
| 5 | Hipertimie | 48,56 | 48,47 | 48,61 |
| 6 | Distimie | 50,21 | 49,81 | 50,43 |
| 7 | Ciclotimie | 49,68 | 49,05 | 50,04 |
| 8 | Exaltare | 47,67 | 48,09 | 47,44 |
| 9 | Anxietate | 50,75 | 51,15 | 50,53 |
| 10 | Emotivitate | 49,11 | 48,28 | 49,57 |

ce examinează preponderent dosare penale, este Hiperexactitatea (55,28%, $p<0,01$); în grupul II – Demonstrativitatea (56,30%, $p<0,01$). Nestăpânirea, Ciclotimia și Emotivitatea au media mai mare pentru subiecții din grupul II, din care fac parte judecătorii ce examinează preponderent dosare civile. Datele medii al PA reprezintă tendința generală a personalității judecătorilor.

Scala 1 – scala demonstrativității – se caracterizează prin egocentrism, demonstrativitate comportamentală, dorința de a fi permanent în centrul atenției, apreciere neadecvată a unor situații. În medie, scala 1 a prezentat valori statistice semnificativ majorate, comparativ cu lotul martor (52,96%, $p<0,01$). Așa, în grupul II această valoare era de 56,30 %, $p<0,01$. Nu a fost diferența statistic semnificativă între grupul de femei și de bărbați.

Scala 2 – scala hiperexactității – se caracterizează prin punctualitate, acuratețe și pedantism exagerat, rigiditate, greu trec de la o stare emoțională la alta, totul trebuie să fie la loc, pot fi agresivi, dacă nu-s respectate cerințele sale. Ideia acurateții devine sensul vietii. Hiperexactitatea este uniform repartizată, 2/3 din respondenți acumulând 50-58% din puncte, predominând puțin la subiecții din I-ul grup (55,28%, $p<0,01$) și avînd valori semnificativ majorate, comparativ cu lotul martor (48,28%, $p<0,01$).

Scala 3 – scala hiperperseverenței se caracterizează prin sensibilitate la obidie și supărări, spirit răzbunător, implicare emotivă de lungă durată în tot ce i se întîmplă, pedantism; sunt obsedați deseori de o singură idee, pe care vor în orice chip să realizeze, în plan emoțional – rigid, uneori pot manifesta agresiune. Diferența de lotul martor este nesemnificativă – 49,45% ($p<0,01$) față de 47,68% ($p<0,01$), repartizarea între ambele grupe de cercetare fiind uniformă.

Scala 4 – scala nestăpînirii – se caracterizează prin impulsivitate sporită, control scăzut asupra imboldurilor și tentațiilor. Are media cea mai mică – 43,84% ($p<0,01$) caracteristică ambelor grupe, fiind inferioara față de lotul martor – 47,32% ($p<0,01$). Numai 10 subiecți au obținut în timpul evaluării valori ce depășesc 50 %.

Scala 5 – scala hipertimiei – se caracterizează prin dispoziție preponderent bună, spirit întreprinzător, activism înalt, optimism, au tendința să domine, să fie lideri. Nu suportă să fie presați, disciplina severă, singurătatea, monotonia. Valorile obținute sunt omogene, media între cele două grupuri avînd cea mai mică diferență dintre toate scalele – 48,47% ($p < 0,01$), fiind superioară celei din lotul martor – 46,47% ($p < 0,01$).

Scala 6 – scala distimiei – se caracterizează prin deprimare accentuată, centrarea atenției asupra aspectelor sumbre ale vieții, inhibiție ideomotoră, pesimism, preferă singurătatea. 2/3 din respondenți au obținut exact 50% la acest nivel, determinînd media generală de 50,21% ($p < 0,01$), nesemnificativ inferioară celei din grupul martor – 49,81% ($p < 0,01$).

Scala 7 – scala ciclotimiei – se caracterizează prin alternare a fazelor hipertimice și distimice, primele au durată scurtă, deprimarea fiind prelungită. În depresie se comportă anxios, pot avea idei de suicid, în perioade favorabile se comportă ca hipertimicii. Media generală pe eșantion – 49,68% ($p < 0,01$), puțin mai mare pentru respondenții grupului II. În lotul martor – 47,05% ($p < 0,01$).

Scala 8 – scala exaltării – se caracterizează prin trăiri intensive, uneori nemotivate, a stărilor de bucurie, fericire, satisfacție și alternarea frecventă a acestora cu stările de tristețe și disperare. Media generală – 47,67% ($p < 0,01$). Aici au fost obținute valori cu cele mai mari variații, fapt determinat în primul rînd de numărul mai mic de întrebări, ceea ce crește valoarea procentuală a fiecărei întrebări. În lotul martor – 48,09% ($p < 0,01$).

Scala 9 – scala anxietății – se caracterizează prin predispunere spre fobie, timiditate și anxietate exagerată, neîncredere în sine, subapreciere personală, frică de responsabilitate, nu pot stăpîni frica influențîndu-i și pe cei apropiați. Media generală – 50,75% ($p < 0,01$), semnificativ mai mare pentru femei și mai mare decît în lotul martor (44,84%, $p < 0,01$).

Scala 10 – scala emotivității – se caracterizează prin sensibilitate, profunzime și finețe a trăirilor spirituale, schimbări frecvente a

dispoziției cu motiv neînsemnat, de dispoziție depinde tot – capacitatea de muncă, relațiile cu lumea înconjurătoare, greu suportă bruschetea, agresivitatea, au depresie în cazul înrăutățirii relațiilor cu cei apropiați. Este mai exprimată la subiecții de gen feminin, media generală fiind de 49,11% ($p<0,01$) și practic identică în cele două grupe. În lotul martor – 50,28% ($p<0,01$).

Pe baza diferențelor în răspîndirea caracterilor accentuate au fost evidențiate 5 grupuri tipologice PA. Drept criteriu de includere într-un anumit grup a fost nivelul trăsăturilor de personalitate peste 60%. Astfel am format următoarele grupuri tipologice: hipertim, hiperperseverent, histrionic, anxios, depresiv. În primul grup au fost incluse 56 persoane (15,34%) – 38 bărbați și 18 femei, avînd cea mai mare medie la scala 5 – 62,5% ($p<0,01$), apoi scala 1 – 54,76% ($p<0,01$); valorile cele mai mici fiind obținute pe scala 6 – 45,54% ($p<0,01$) și 4 – 47,10% ($p<0,01$).

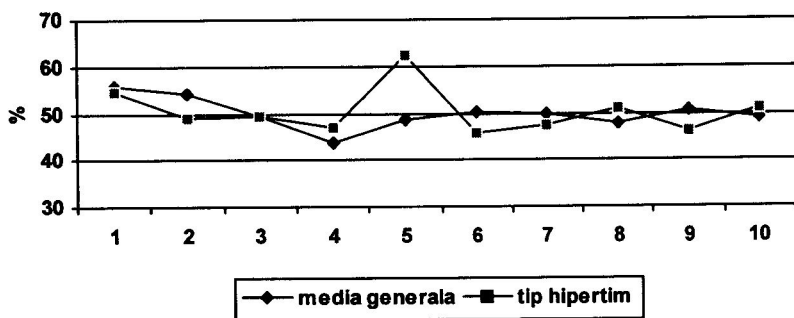


Fig. 3.17. Media scalelor PA în grupul tip hipertim

Pentru aceste persoane este caracteristică dorința de a conduce, activitate înaltă, autoapreciere exagerată, capacitate scăzută de a aprecia critic propriile acțiuni. Acești judecători sunt mai emotivi în timpul procesului de judecată, suprasolicitarea psihică la ei este cauzată cel mai des de numărul dosarelor examinate și relația tensionată cu conducerea; pentru ei are importanță atitudinea

societății către activitatea sa. Cele mai actuale probleme la acest contingent sunt cariera profesională ($p < 0,005$) și relațiile familiare ($p < 0,005$). Nivelul scăzut la scalele anxietății și depresiei arată un nivel înalt de adaptare la condițiile activității profesionale, un grad înalt de responsabilitate.

Al II- ea grup îl constituie 43 (11,78%, $p < 0,01$) judecătorii, dintre care 29 (11,93%) bărbați și 14 (11,47%) femei cu accentuarea în I- ul rînd al hiperperseverenței, hiperexactității, respectiv 63,18% ($p < 0,01$) și 62,21% ($p < 0,01$). Valorile cele mai mici corespund scalelor 8 (exaltare) – 44,76% ($p < 0,01$) și 7 (labilitate afectivă) – 46,22% ($p < 0,01$). Pentru ei este caracteristic punctualitatea, acuratețea și pedantismul exagerat, în plan emoțional – rigiditatea, uneori pot manifesta agresiune, greu trec de la o stare emoțională la alta. Acești judecători au concepții bine determinate, sunt convinși că atingerea scopurilor proprii este importantă pentru toți, nu numai pentru ei. În acest grup predomină judecători cu examinarea preponderentă a dosarelor civile, ei respectă strict normele convenționale, avînd continuitate în acțiuni, efectivitate înaltă în activitatea profesională, însă deseori sunt nemulțumiți de propria activitate. Cauzele suprasolicitărilor psihice sunt indicate caracterul dosarelor examinate și amenințările.

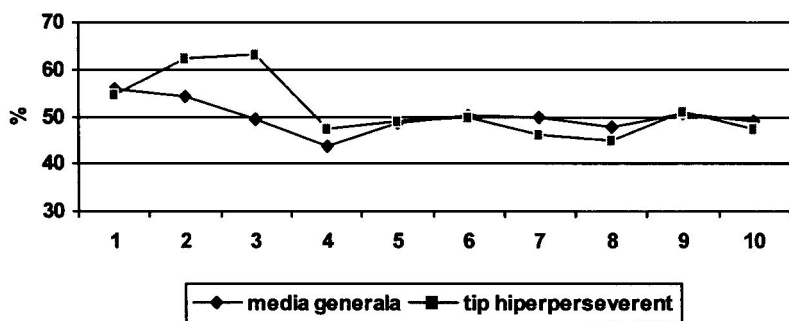


Fig. 3.18. Media scalelor PA în grupul tip hiperperseverent

Grupul histrionic îl constituie 38 judecători - 10,41% ($p < 0,01$), dintre care 14 femei (11;47%) și 24 bărbați (9;87 %), preponderent cu examinarea dosarelor civile. Acești judecători au staj mare de lucru – atât juridic, cât și în funcție de judecător, sunt motivați să corespundă criteriilor normative în aspect social. Cea mai actuală problemă este considerată starea sănătății, indicînd suprasolicitarea profesională drept cauză principală în apariția și dezvoltarea bolilor. Suferă mai des de bolile sistemului cardio-vascular, dereglări de somn. Accentuarea predominantă este pe scala 1 – 64,25% ($p < 0,01$) și scala 7 – 55,26% ($p < 0,01$), scala hipertimiei avînd cea mai mică valoare – 40,79% ($p < 0,01$).

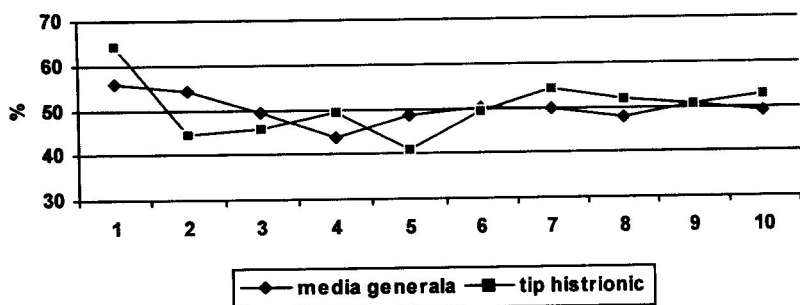


Fig. 3.19. Media scalelor PA în grupul tip histrionic

Mediile mai mari au fost obținute la scalele labilității afective, demonstrativității și emotivității. Problema acestor persoane constă în controlul agresivității, inhibarea reacției spontane, luarea deciziilor bine gândite; ele respectă formal normele convenționale, evită responsabilitățile mari de frică că nu vor reuși.

Mai puțin numeros este grupul de tip anxios – 32 persoane (8,77%, $p < 0,01$), dintre care 14 femei (11;47%, $p < 0,01$) și 18 bărbați (7;41%, $p < 0,01$). Pentru acești judecători sunt caracteristice egocentrismul, demonstrativitatea, punctualitatea, acuratețea; deseori manifestă diverse reacții anxioase, neîncredere în sine, în

deciziile luate. Astfel numărul dosarelor examinate se află sub media generală, fiindcă pentru luarea deciziei au nevoie de mai mult timp, ceea ce prelungește și durata examinării unui dosar.

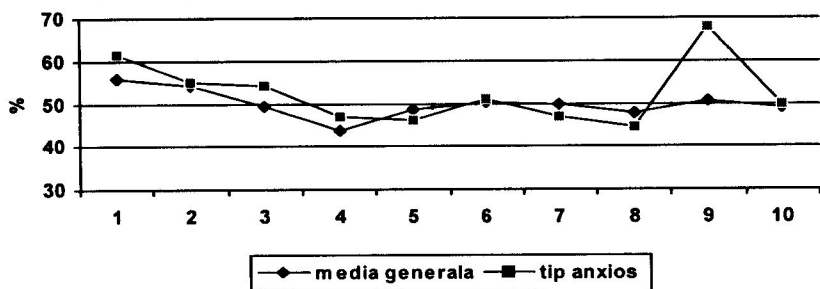


Fig. 3.20. Media scalelor PA în grupul tip anxios

Au media mai mare la scala 9 – 67,97% ($p < 0,01$) și 1 – 61,45% ($p < 0,01$), mai scăzută la scala 8 – 44,53% ($p < 0,01$) și 5 – 46,09% ($p < 0,01$). Respondenții din acest grup au satisfacție scăzută de la lucru, sunt neliniștiți. Dereglările de somn sunt mai frecvente decât media generală pentru acest studiu, predominând adormirea dificilă și trezirile frecvente ($p < 0,05$).

Cel mai puțin numeros este grupul tipologic de tip depresiv – 19 persoane (5,21%, $p < 0,01$). Mediile maxime în acest grup au fost obținute pe scala 6 – 65,79% ($p < 0,01$) și 9 – 58,77% ($p < 0,01$); minimile – pe scala 8 – 44,74% ($p < 0,01$) și 5 – 45,39% ($p < 0,01$).

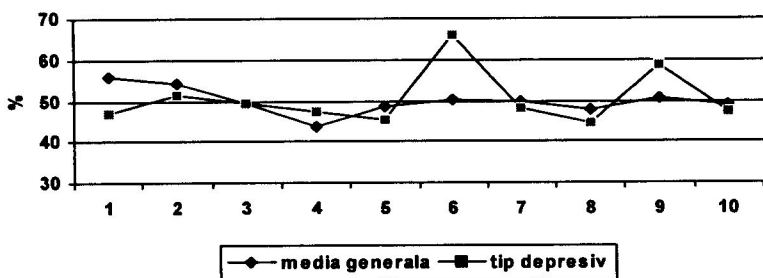


Fig. 3.21. Media scalelor PA în grupul tip depresiv

Pentru acești subiecți este caracteristic un nivel scăzut de satisfacție profesională ($p<0,05$) și cotidiană, activitate redusă ($p<0,05$), pesimismul ($p<0,05$); majoritatea fac parte din grupul judecătorilor cu examinarea preponderentă a dosarelor civile; deseori au probleme în relații interpersonale, atât la serviciu, cât și în afara lui ($p<0,05$).

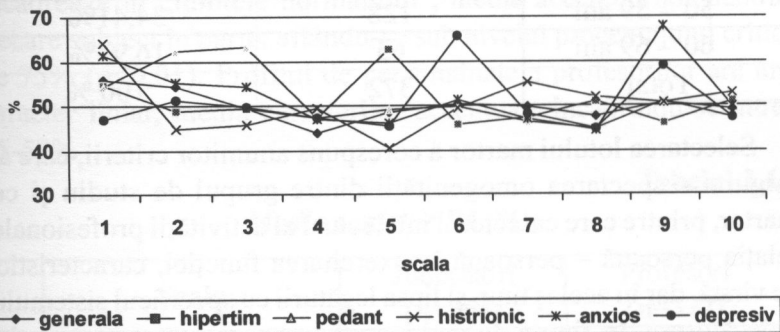


Fig. 3.22. Media PA pe grupuri tipologice

3.5. Caracteristica grupului de control

Grupul de control au constituit 372 persoane – profesori din învățământul liceal – 205 bărbați și 167 femei, ce reprezintă respectiv 55,11% și 44,89%.

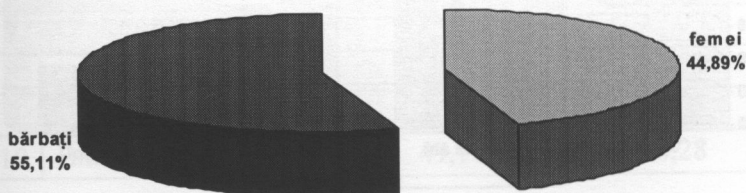


Fig. 3.23. Raportul B/F în grupul martor

Vîrsta profesorilor varia de la 30 pînă la 67 de ani (vîrsta medie – 45,9 ani, $p<0,005$), predominînd judecătorii cu vîrsta între 40 și 59 ani, care au constituit majoritatea din lotul cercetat – 275 persoane, ceea ce constituie 73,92% ($p<0,01$).

Tabelul 3.3.

Caracteristica după vîrstă a profesorilor

| Vîrsta | Nr. | % |
|-------------|-----|--------|
| 30 – 39 ani | 34 | 9,14% |
| 40 – 49 ani | 147 | 39,52% |
| 50 – 59 ani | 128 | 34,41% |
| 60 – 69 ani | 63 | 16,93% |
| Total | 372 | 100 % |

Selectarea lotului martor a corespuns anumitor criterii, care au asigurat respectarea omogenității dintre grupul de studiu și cel martor, printre care caracterul intelectual al activității profesionale, relația persoană – persoană în exercitarea funcției, caracteristica de vîrstă, dar în acelaș timp și lipsa legăturii cu specificul sistemului judecătoresc. În figura de mai jos este reprezentată caracteristica comparativă după vîrstă a judecătorilor și profesorilor incluși în cercetare, unde se vede predominarea respondenților în categoria de vîrstă 40 – 59 ani, care cuprinde 73,92% de profesori și 76,43% de judecători.

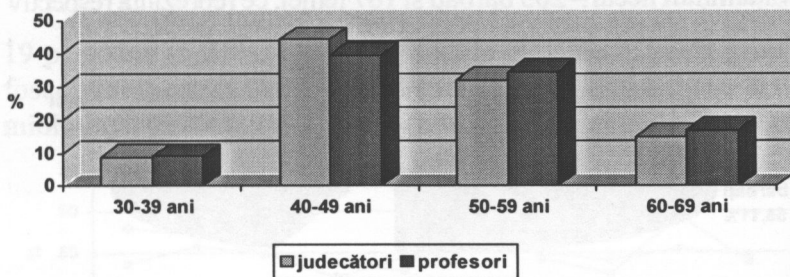


Fig. 3.24. Reprezentarea după vîrstă a lotului de studiu și a lotului martor

Cercetarea grupului de control a inclus chestionarul „Personalității accentuate” (H. Schmieschek), scala autoevaluării

nivelului anxietății (C.Spilberger), scala Holmes și Rahe pentru aprecierea rezistenței la stres, și un chestionar adițional destinat profesorilor.

Explorarea personalității accentuate, cu ajutorul chestionarului „H. Schmieschek”, a arătat că subiecții grupului de control se încadrează în „limitele normalului”, media accentuărilor pentru fiecare subiect în parte, aflându-se sub nivelul procentajului critic de 75% ($p < 0,01$). Profilul de personalitate a profesorilor are un caracter liniar, media caracterilor accentuate încadrându-se între 45-53%

Tabelul 3.4.

Media scalelor PA (%)

| | Scala | Judecători (n=365) | Profesori (n=372) |
|----|-------------------|-----------------------|----------------------|
| 1 | Demonstrativitate | 55,82 | 52,96 |
| 2 | Hiperexactitate | 54,16 | 48,28 |
| 3 | Hiperperseverență | 49,45 | 47,68 |
| 4 | Nestăpînire | 43,84 | 47,32 |
| 5 | Hipertimie | 48,56 | 46,47 |
| 6 | Distimie | 50,21 | 49,81 |
| 7 | Ciclotimie | 49,68 | 47,05 |
| 8 | Exaltare | 47,67 | 48,09 |
| 9 | Anxietate | 50,75 | 44,85 |
| 10 | Emotivitate | 49,11 | 50,28 |

După cum arată datele din tabelul de mai sus, profesorii au obținut cele mai mari medii la scalele demonstrativității, emotivității și distimiei. Pe cînd, valorile cele mai mici au fost obținute la anxietate, hipertimie și ciclotimie ($p < 0,05$). Comparînd datele obținute în grupul martor cu cele din grupul de studiu, observăm cele mai mari diferențe la scalele anxietății (44,85% pentru profesori

față de 50,75% pentru judecători), hiperexactității (48,28% pentru profesori față de 54,16% pentru judecători), nestăpînirii (47,32% pentru profesori față de 43,84% pentru judecători).

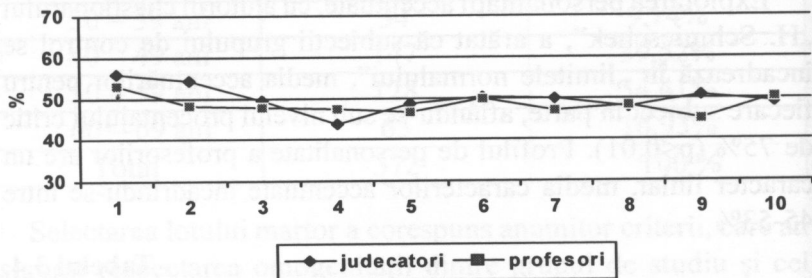


Fig. 3.25. Media PA pe grupuri de studiu și martor

Astfel, profilul profesorilor corespunde unei personalități stabile, armonioase, fără accentuări însemnate a caracterelor studiate.

Chestionarul de apreciere ai anxietății (Spilberger), propus judecătorilor din lotul de studiu și profesorilor din lotul martor a arătat diferența nivelului anxietății reactive și anxietății personalității în grupurile investigate. Astfel, profesorii manifestă un grad de anxietate mai mic decât judecătorii, mai ales aceasta este caracteristic pentru anxietatea reactivă.

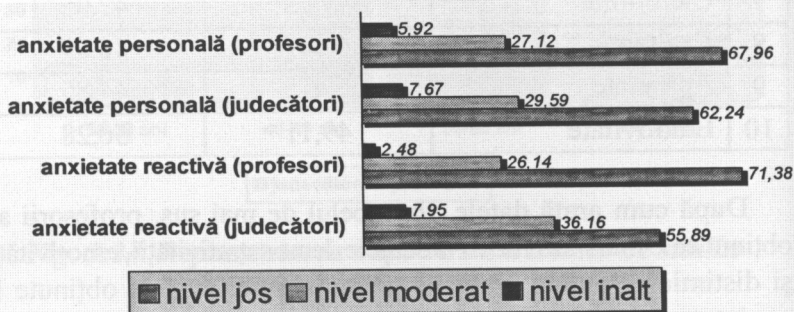
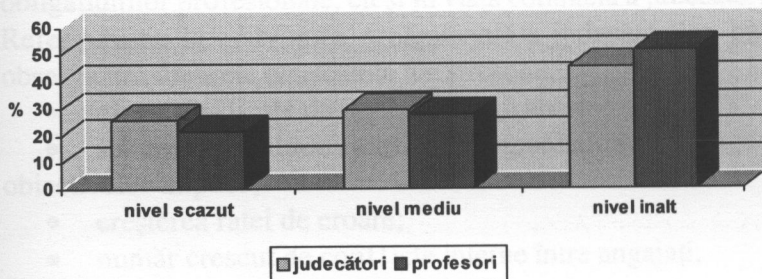


Fig 3.26. Caracteristica comparativa ai anxietății după tip a lotului de studiu și lotuluui martor

Tabelul 3.5.***Punctajele obținute la Scala Holmes – Rahe (grupul de control)***

| Clase de semnificație | N | % |
|--|-----|-------|
| Clasa O (0 – 150 puncte) fără probleme semnificative | 96 | 25,81 |
| Clasa 1 (151 – 200 puncte) criză ușoară de viață | 94 | 25,27 |
| Clasa 2 (201 – 300 puncte) criză medie de viață | 102 | 27,42 |
| Clasa 3 (peste 300 puncte) criză majoră de viață | 80 | 21,50 |

În urma prelucrării datelor din chestionare am obținut următoarele rezultate: 21,50% (80/372, $p < 0,05$) din profesori manifestă criză majoră de viață, circa 1/3 prezintă nivel mediu de rezistență la stres - 102/372, iar 1/2 din respondenți manifestă grad înalt de rezistență în situații stresante, respectiv 25,81% (96/372, $p < 0,05$) – eutimie și 25,27% (94/372, $p < 0,05$) – criză ușoară de viață.

***Fig. 3.27. Nivelul rezistenței la stres a judecătorilor și profesorilor*****3.6. Concluzii**

1. Majoritatea judecătorilor (68,9%) au apreciat nivelul solicitării psihice “înalt” și “extrem, foarte înalt”. Niciunul (!) nu a apreciat nivelul solicitării psihice “neînsemnat”.

2. Suprasolicitarea profesională are cel mai important rol în dezvoltarea stresului ocupational la judecători, fiind urmată de greșelile în administrare, nivelul de salarizare, relațiile familiare și starea sănătății.

3. Pe baza rezultatelor testării psihometrice au fost evidențiate 5 grupuri tipologice: hipertim (15,34%), hiperperseverent (11,78%), histrionic (10,41%), anxios (8,77%), depresiv (5,21%). Apartenența de grup este determinată de particularitățile de personalitate a magistraților și de acțiunea factorilor stresanți, care contribuie la formarea și dezvoltarea stărilor adaptive a personalității.

CAPITOLUL IV.

Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători

4.1. Grupele de judecători cu grad diferit de rezistență la stres

În această compartiment al lucrării vom analiza capacitatea de rezistență la stres a judecătorilor, precum și rolul trăsăturilor de personalitate în explicarea diferențelor interindividuale în ceea ce privește stilurile de adaptare la solicitările stresante. Capacitatea de autoreglare emoțională și rezistență înaltă la stres constituie cheia unui comportament corect, adecvat, atât în timpul exercitării obligațiilor profesionale, cât și în viața cotidiană a judecătorilor. Referindu-ne la activitatea profesională a judecătorilor, putem observa următoarele consecințe ale stresului:

- niveluri ridicate de îmbolnăvire și absenteism;
- scăderea productivității și incapacitatea de atingere a obiectivelor impuse;
- creșterea ratei de eroare;
- număr crescut de conflicte interne între angajați;
- rată exagerată a fluctuației de personal.

Rezistența la acțiunea factorilor perturbatori, la efectele fenomenului de oboseală, capacitatea de echilibrare psihică sunt unele din abilitățile psihologice necesare persoanei pretendente la funcția de magistrat.

Tehnica utilizată de noi pentru determinarea rezistenței și adaptării la stres de Holms și Rahe permite evidențierea a 3 nivele

de rezistență – înalt, mediu, jos. Scala Holmes și Rahe alcătuită de autori în anul 1967, cuprinde o serie de evenimente de viață, ce pot fi considerate schimbări cu potențial de creștere a incidenței bolilor psihice sau psihosomatice. Acestea sunt cuprinse în 4 categorii („starea sănătății”, „muncă”, „personal și social” și „casa și familia”), fiecare eveniment având alocate un număr de puncte care cuantifică riscul. Numărul maxim de puncte este 100, asignat decesului unuia dintre soți sau pierderii credinței religioase, iar numărul minim – petrecerii de vacanțe (11) sau încălcarilor minore ale legii (11); între acestea se găsesc valori intermediare, ca de exemplu divorțul (80), spitalizarea (62) sau îmbolnavirea unui membru de familie (54). Teoria lui Holmes și Rahe afirmă că o colecție de peste 300 de puncte într-un interval scurt (de ex. 3-6 luni) este un predictor aproape cert al riscului de îmbolnavire, dar riscul începe de la peste 150 de puncte, adunate în același interval de timp. Această scală este relativ frecvent folosită pentru măsurarea stresului la populație, are un număr relativ mic de itemi, cuprinde și eustresuri, apreciate de noi drept frecvente la contingentul studiat.

Tabelul 4.1.

Punctajele obținute la Scala Holmes - Rahe, pe clase de semnificație

| Clase de semnificație | N | % |
|--|-----|-------|
| Clasa 0 (0 – 150 puncte) fără probleme semnificative | 76 | 20,82 |
| Clasa 1 (151 – 200 puncte) criză ușoară de viață | 88 | 24,11 |
| Clasa 2 (201 – 300 puncte) criză medie de viață | 107 | 29,31 |
| Clasa 3 (peste 300 puncte) criză majoră de viață | 94 | 25,76 |

În urma prelucrării datelor din chestionare am obținut următoarele rezultate: 20,82% (76/365, $p < 0,05$) din magistrați manifestă eutimie, circa 1/3 prezintă nivel mediu de rezistență la

stres – 107/365, iar cite 1/4 din respondenți manifestă grad înalt și scăzut în situații stresante, respectiv 25,76% (94/365, $p < 0,05$) și 24,11% (88/365, $p < 0,05$). Pentru sistematizarea și analiza datelor obținute am format 3 grupuri cu nivel scăzut, mediu și înalt al rezistenței la stres, magistrații din grupul eutemic considerându-i cu risc scăzut pentru dezvoltarea reacțiilor stresante.

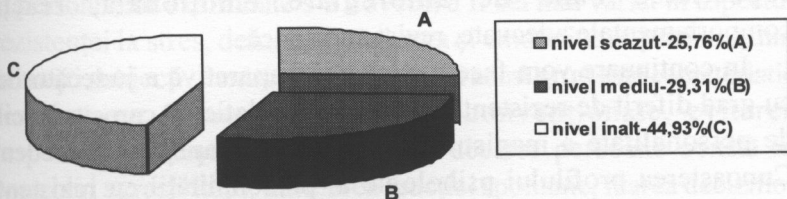


Fig.4.1. Nivelul rezistenței la stres a judecătorilor

După cum se vede din diagrama de mai sus subiecți cu rezistență scăzută la stres constituie un sfert din lotul experimental. Acești subiecți se caracterizează printr-o sensibilitate ridicată la diferite acțiuni. Ei reacționează destul de tensionat la majoritatea situațiilor de viață. Pentru acești magistrați este caracteristic o stare de încordare și disconfort determinat de factorii de stres ($p < 0,05$). Sub acțiunea factorilor de stres pot manifesta reacții fiziologice evidente la stres – înroșirea feței, transpirații, tremur ce se manifestă în situații stresante. De asemenea acești subiecți ar putea suferi și de tulburări psihosomatice de ordin digestiv, cardiovascular, alergii și altele. Utilizand terminologia lui Lazarus putem spune, că în urma stresului acești subiecți nu formează imunitate față de factorii respectivi, ci dimpotrivă formează vulnerabilitate față de stres; ei ușor „intră în stres” în contact cu factorii stresanți. Mai puțin de jumătate din subiecții investigați – 45% manifestă o rezistență înaltă la stres ($p < 0,05$). Datele confirmă că acești judecători sunt destul de rezistenți la factorii stresanți cotidiani, drept rezultat al încrederii în sine, spiritului activ, optimist. Ei au o capacitate înaltă de

autoreglare ($p < 0,05$), o stăpînire de sine bună ($p < 0,05$), nu-și pierde echilibrul în situații stresante ($p < 0,05$), au reacții comportamentale adecvate la solicitările expuse în timpul procesului de justiție ($p < 0,05$). La 30% judecători s-a înregistrat un nivel mediu de rezistență la stres. Aceste persoane păstrează o înaltă capacitate de muncă pe o perioadă lungă de timp. În situațiile dificile au capacitatea bună de autoreglare emoțională, reacții comportamentale adecvate, rezistență fizică.

În continuare vom face o analiză comparativă a judecătorilor cu grad diferit de rezistență la stres în corelație cu caracteristicile de personalitate a magistraților expuse în capitolul precedent. Cunoașterea profilului psihologic al personalității cu rezistență diferită la stres ne va permite să formulăm unele recomandări pentru psihologi și schițarea unui program de training. O situație poate fi stresantă pentru majoritatea oamenilor, dar ea nu poate fi evaluată și trăită în același mod de o persoană sau alta. După cum a menționat Eysenck rezistența la stres depinde de anumite atribute înscrise în sfera personalității. Trăsăturile de personalitate ce conferă vulnerabilitatea (rezistența scăzută) la stres urmează să fie studiate în continuare, ele joacă un rol important în explicarea diferențelor interindividuale în ceea ce privește stilurile de adaptare la solicitările stresante.

Conform testării psihometrice prin Chestionarul caracterologic K. Leonhard au fost evidențiate 5 grupuri tipologice PA: hipertim, hiperperseverent, histrionic, anxios, depresiv. Dacă e să ne referim la întregul lot de subiecți supuși experimentului, atunci jumătate dintre aceștia manifestă accentuări de caracter. Magistrații din grupul hipertim manifestă rezistență înaltă la stres. Pozitivist prin excelență hipertimicul subestimează necazurile vieții, ia din ea numai aspectele plăcute, este mereu în acțiune și are toate șansele de succes, manifestînd activitate înaltă, autoapreciere exagerată, capacitate scăzută de a aprecia critic propriile acțiuni. Accentuarea acestor trăsături accentuează vectorul pozitiv al acestor personalități

determinând o nedorită dar emergentă superficialitate manifestă atât pe plan de acțiune cât și pe cel etic. Subiecții din grupul perseverent se caracterizează printr-un nivel mediu de rezistență la suprasolicitările stresante profesionale și cotidiene. Acești judecători au concepții bine determinate, pentru ei este caracteristic punctualitatea, acuratețea și pedantismul exagerat. Grupul histrionic al persoanelor examinate s-a dovedit a fi cel mai variat în aspectul rezistenței la stres, demonstrativitatea și emotivitatea predominând la acești subiecți. Pentru judecătorii din acest grup este caracteristic respectarea formală a normelor convenționale, evitarea responsabilităților mari, problema acestor persoane constă în controlul agresivității, inhibarea reacției spontane, luarea deciziilor bine gândite. Toate acestea lămuresc gradul diferit al rezistenței la stres exprimat de acești subiecți.

Tabelul 4.2.

***Diferențele de accentuări de caracter la judecătorii
cu diferit nivel al rezistenței la stres***

| | Scala | Nivel scăzut de rezistență la stres | Nivel mediu de rezistență la stres | Nivel înalt de rezistență la stres |
|----|-------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Demonstrativitate | 44,93 | 52,96 | 51,30 |
| 2 | Hiperexactitate | 51,16 | 55,28 | 50,56 |
| 3 | Hiperperseverența | 49,45 | 49,68 | 49,32 |
| 4 | Nestăpânire | 47,84 | 45,32 | 44,12 |
| 5 | Hipertimie | 56,30 | 59,62 | 62,50 |
| 6 | Distimie | 54,21 | 49,81 | 44,43 |
| 7 | Ciclotimie | 52,68 | 49,05 | 49,04 |
| 8 | Exaltare | 47,67 | 48,09 | 49,44 |
| 9 | Anxietate | 42,75 | 46,15 | 42,53 |
| 10 | Emotivitate | 51,11 | 49,28 | 49,57 |

În fond, subiecții cu rezistență înaltă la stres au mai puține accentuări și sunt identice cu celor cu rezistență scăzută, doar că se manifestă cu mai puțină intensitate. Accentuarea care este destul

de pronunțată la judecătorii cu rezistență înaltă la stres este hipertimia (62,5%, $p < 0,01$). La judecătorii cu rezistență scăzută la stres de asemenea predomină această accentuare de caracter, dar într-o măsură mai mică (56,30%, $p < 0,01$). O altă ușoară accentuare de caracter observată la grupul de judecători cu rezistență înaltă la stres este demonstrativitatea (51,30%, $p < 0,01$). Indicele indică hotărul cu limita admisibilă, deci putem spune că au tendința de a atrage atenția asupra sa, de a denatura adevărul, cu dorința de a înlătura din conștiință actele neplăcute. O a treia și ultima accentuare de caracter observată la această grupă de subiecți examinați este hiperexactitatea (50,56%, $p < 0,01$).

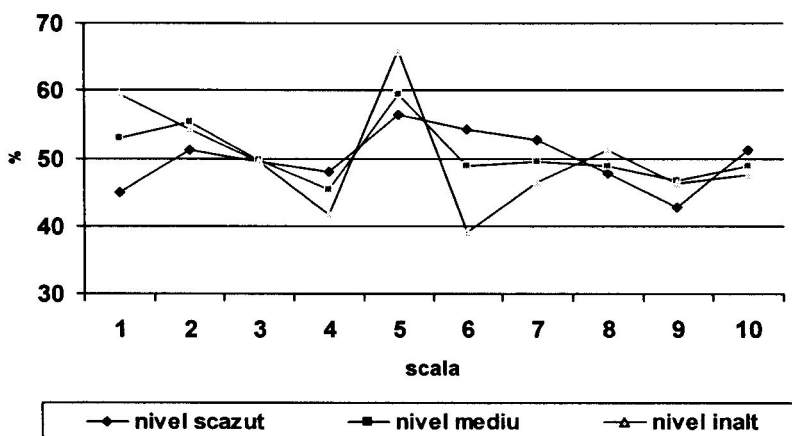


Fig. 4.2. Accentuările de caracter la judecătorii cu diferit nivel al rezistenței la stres

Acești subiecți în mică măsură demonstrează și inversul firii sale demonstrative, ce exprimă dificultatea de a lua o hotărîre, neputîndu-se opri la unul din aspectele problemei. Are frică de a proceda incorect, dar prin prelucrări interioare ar putea să depășească frica și să se mențină într-o adaptabilitate convenabilă. Spre deosebire de cei menționați mai sus, grupul de judecători cu

rezistență scăzută la stres obțin scoruri care indică prezența a mai multor tipuri de accentuări – 5 din 10. Persoanele din acest grup se deosebesc prin accentuări ușoare: dispoziție ridicată, fire veselă, teama de a nu proceda greșit și dificultatea de a lua decizia (56,30%, $p < 0,05$); au dispoziție schimbătoare (54,21%, $p < 0,05$); sunt pedanți, cu exactitate și corectitudine în acțiunile sale (51,16%, $p < 0,05$); asociația anxietății cu veselie (52,68%, $p < 0,05$). Aceste trăsături de fapt ar putea indica prezența unui conflict interior, iar consecințele sau impactul acestor asupra siguranței actului decizional poate fi negativ. Deci subiecții sunt înclinați spre o dispoziție ridicată, sunt destul de rigizi, greu acceptă schimbarea, le este caracteristică dispoziția variabilă, sunt destul de conștienți, pot avea dispoziție bună pe fon de anxietate.

4.2. Mecanismele de coping în activitatea judecătorilor

Copingul reprezintă o strategie multidimensională de control, fiind mai mult decât o simplă reacție la stres, având ca finalitate schimbarea, fie a situației, fie a aprecierii subiective. Din perspectiva teoriei cognitive, stresul este considerat ca un proces dinamic, mediatizat de două procese: evaluarea cognitivă a evenimentului (controlabilitatea) și strategiile de coping (de control efectiv), acestea fiind în interacțiune, iar atât factorii personalității cât și cei situaționali influențează răspunsul de coping. Studiile referitoare la procesele de coping au adus o schimbare fundamentală în modul în care concepem stresul, de la descrierea reacțiilor la stres, la descrierea și cercetarea modalităților prin care individul controlează factorii și situația stresantă. În orice program de management al stresului profesional, prima etapă se referă la clarificarea diferitelor tipuri de reacții care pot apărea în urma unor evenimente și la stabilirea gradului de pericolozitate pe care îl au acestea, astfel încât angajații să fie capabili să recunoască la ei înșiși sau la alții aceste simptome. A doua etapă a unui program de management al stresului vizează identificarea și evaluarea variabilelor interne sau

externe, care pot duce la amplificarea sau reducerea stresului. Cea mai importantă etapă într-un program de management al stresului vizează intervenția asupra problemelor constatate în scopul diminuării sau eliminării acestora [87,118].

Plecând de la aceste diferite posibilități de a face față evenimentelor stresante se evidențiază două funcții ale strategiilor de tip coping în activitatea judecătorilor: influența asupra stării emoționale și controlul asupra situației, asupra problemei care generează starea de stres. Metodologia pentru inventarierea diferitelor strategii se bazează pe identificarea modalităților de reacție în diferite situații stresante, avînd la bază marea variabilitate inter și intraindividuală, precum și utilizarea analizei factoriale pe un număr suficient de subiecți. În scopul evaluării strategiilor în funcție de cele două dimensiuni principale amintite au fost construite diferite scări-chestionare. Dintre cele mai utilizate se pot cita cea a lui Lazarus și Folkman - "The Ways of Coping Check-List" cu 67 itemi repartizați în 8 subscări: primele două vizează strategiile centrate pe probleme, iar celelalte șase, pe cele centrate pe starea emoțională [67,68,70] :

1. rezolvarea problemei - căutarea de informații ("am stabilit un plan de acțiune și m-am ținut de el")
2. spirit combativ sau acceptarea confruntării
3. îndepărtarea sau minimalizarea amenințării
4. reevaluarea pozitivă
5. autoacuzare
6. fuga de evitare (mîncînd, bînd etc.)
7. căutarea unui suport social
8. stăpînirea de sine.

Stresul profesional al judecătorilor poate fi scăzut prin:

- *întrevederi de lucru cu colegii* cel puțin o dată în 2 săptămîni pentru schimb de experiență, pentru a discuta despre performanțe și responsabilități, avînd în considerație insuficiența legăturii inverse în activitatea judecătorilor și izolarea socială caracteristică acestui contingent.

- *managementul eficient al timpului* este foarte important ca activitățile prestate la locul de muncă să nu fie continuate la domiciliu, chiar și în cazul în care biroul este în interiorul locuinței. Dacă timpul liber este redus pentru a face loc unor activități legate de serviciu, simptomele stresului pot apare rapid.

- *izolarea, delimitarea activităților de serviciu și celor cotidiene* – tehnologiile actuale, cum sunt telefoanele mobile și internetul, fac posibilă comunicarea cu oricine, inclusiv colegi și clienți, oricând și oriunde. Nu trebuie permis ca tehnologia să anuleze granițele dintre timpul petrecut la serviciu și timpul liber. Este indicat ca atunci când nu este absolut necesar, telefonul de serviciu să fie închis și este bine ca în aceste perioade să se evite verificarea mail-ului de serviciu.

În afara programului normal de lucru, remedierea și prevenirea oboselii se poate realiza prin reglementarea duratei zilei de lucru, a duratei săptămânii de lucru și a concediilor de odihnă. În munca judecătorului remediile pentru epuizarea și pentru oboseala profesională se pot asigura la două niveluri. La nivelul vieții personale magistrații trebuie să-și structureze activitățile astfel încât acestea să le dea un sentiment de confort și de siguranță. Ei trebuie să aibă o viață activă în afara serviciului și mediului acestuia. Al doilea nivel se referă la responsabilitățile manageriale care trebuie să vizeze ajutorarea magistraților afectați de oboseală profesională prin recunoașterea simptomelor acestui fenomen și prin instruirea personalului în vederea depistării lor. Pentru a nu permite răspândirea acestor simptome, judecătorii trebuie să le recunoască și să le prevină ori de câte ori este posibil.

Măsurile pe care conducerea le poate lua pentru a reduce stresul în rândurile forței de muncă, ar putea fie împărțite în două mari categorii:

A. măsuri de prevenire a stresului;

B. măsuri de reducere a stresului.

Primele au ca scop eliminarea potențialului de situații stresante,

în timp ce ultimele încearcă să mențină stresul între limite rezonabile, atunci când se constată apariția lui. Ambele categorii de măsuri sunt puse în practică mai degrabă la nivel organizațional decât individual.

În cadrul studiului a fost elaborat programul de management al diagnosticului integral și de corecție a stresului profesional la judecători, care propune un management complex, sistemic și integral la nivel territorial și național. Valoarea practică a acestei propuneri este ameliorarea microclimatului profesional prin reducerea acțiunii nefaste a factorilor de risc și evident îmbunătățirea actului de justiție la care nemijlocit participă judecătorii.

Astfel, pentru tratamentul și profilaxia stresului cronic ocupațional, am elaborat o metodă și remediu, care conține un amestec din suc de poamă (200 ml), glutamină (5 ml) și 10 picături de aquagen. Preparatele se amestecă și se folosesc ex – tempore per os de 3 ori pe parcursul zilei de muncă – la orele 9, 12 și 15. Glutamina este un aminoacid cu rol decisiv în metabolismul azotului, aquagen – o formă de oxigen stabil, inofensiv pentru organismul uman, acționează etiopatogenic micșorînd hipoxia și minimalizînd concentrația radicalilor liberi. Cura de tratament este prevăzută pentru 21 zile.

De asemenea, în cadrul acestui studiu au fost elaborate și propuse următoarele metode:

- metoda de tratament a nevrozelor la judecători, care include un regim alimentar specific și administrarea de fitopreparate (Mereuță I., Rotaru Gh., Carauș V.).
- managementul tratamentului disomniilor la judecători, care include în sine electrosomnul și tiaminizarea (Mereuță I., Tintiuc D., Rotaru Gh.).
- managementul de tratament a stresului psihoemoțional la judecători, care include sala de relaxare, securitatea și sănătatea la locul de muncă, administrarea Balsamului „Făt-Frumos“, o metodă specifică de acupunctură, elemente de psihoterapie (Mereuță I., Rotaru Gh., Munteanu L.).

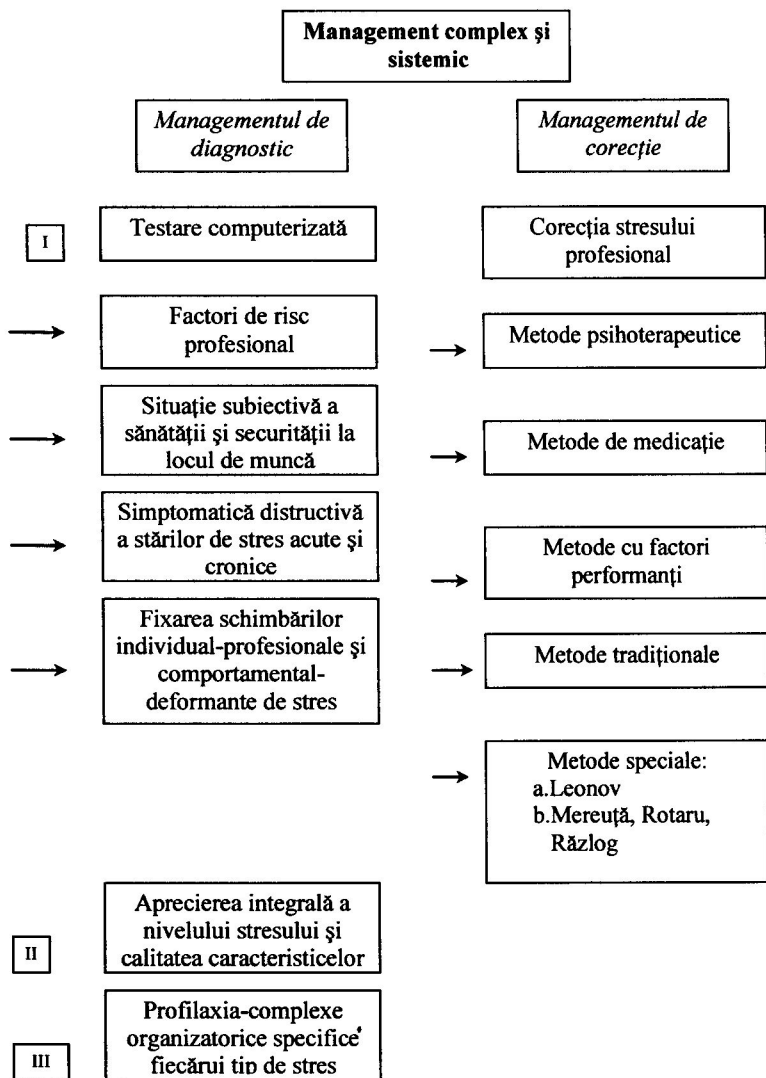


Fig.4.3. Managementul diagnosticului integral și de corecție a stresului profesional la judecători – Mereuță I., Rotaru Gh., Răzlog I. (Anexa 4)

Prevenirea stresului este greu de atins, există însă unele măsuri ce pot fi luate pentru a furniza magistraților stimulentele necesare, fără a provoca o acumulare cronică de stres.

Iată câteva exemple:

- definirea posturilor într-o manieră care să permită un grad maxim de exercitare a competențelor și discernământului propriu de către deținătorul postului, incorporând sarcini suficient de variate și de dificile pentru a-i menține interesul treaz;
 - încurajarea comunicării între judecători, precum și pe verticală, de-a lungul lanțului ierarhic managerial, precum și asigurarea unui feedback constructiv către fiecare individ (privind rezultatele muncii, evaluarea de personal etc.);
 - delegarea autorității de decizie în așa fel încât la fiecare nivel al organizației oamenii să poată lua parte la deciziile care le influențează munca și posibilitățile de promovare;
 - dezvoltarea unei culturi organizaționale în care atitudinea față de angajați este una pozitivă;
 - asigurarea unor servicii calificate de consiliere.
- Printre măsurile de reducere a stresului menționăm următoarele:
- limitarea complexității procedurale și de altă natură în executarea sarcinilor;
 - asigurarea posibilității de comunicare între judecători, să-și poată exprima opiniile în fața colegilor, șefilor etc;
 - asigurarea de facilități sociale, medicale și sportive;
 - asigurarea de facilități materiale, cum ar fi masa la cantină și grupuri sanitare adecvate.

Un program de managementul stresului este util pentru:

- a oferi o modalitate specializată și confidențială de a trata și reduce stresul judecătorilor și al familiei acestora, cat și de a îmbunătăți abilitățile acestora de a face față evenimentelor negative.
- a crește eficiența și eficacitatea actului de justiție.
- a reduce plangerile publicului, inclusive și cele referitoare la comportamentele necorespunzătoare ale magistraților.

- a reduce centrarea negativă a mass-mediei pe activitatea instituției judiciare.
- a îmbunătăți starea generală de bunăstare a personalului și a familiei acestuia.

Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători trebuie început încă de la angajarea în funcție. Fiecare candidat la funcția de judecător pe lângă examenul medical obligator, care apreciază sănătatea somatică, ar trebui să treacă testarea psihologică, care va aprecia și starea psihologică a candidaților, rezistența la situații stresante etc. Totodată, anual în cadrul examenului medical obligator a judecătorilor este absolut necesar de apreciat nivelul sănătății somatice și psihice, de luat masuri de corecție a dereglărilor depistate. Pentru prevenirea reacțiilor neadecvate în situații stresante, este nevoie de un șir de măsuri – respectarea unui regim de lucru și odihnă, care include ziua de lucru de 8 ore, numărul dosarelor examinate să nu influențeze calitatea, adică corectitudinea decizională, asigurarea judecătorilor cu judecători conform necesităților, asigurarea securității judecătorilor, asigurarea accesului la serviciile medicale solicitate, asistarea psihologică în incinta judecătorilor de către un serviciu specializat. Din propunerile pentru organizarea și îmbunătățirea serviciilor medicale oferite judecătorilor trebuie menționate următoarele:

- accesul la serviciile de sănătate; judecătorii nu au o clinică specializată unde se pot adresa, iar regimul de lucru și izolarea socială fac dificilă adresarea la medicul de familie;
- controlul medical anual obligatoriu într-o clinică specializată, cu aprecierea profilului de competență;
- evidență dispanserică permanentă cu asigurarea tratamentului necesar, inclusiv sanatorial;
- amenajarea oficiilor de recuperare neuropsihică în incinta judecătorilor.

În prezent, activitatea profesională a judecătorilor este considerată printre cele mai stresante ocupații, argumentele

prezentate sunt suficient de puternice pentru a justifica necesitatea dezvoltării unor astfel de strategii destinate prevenirii, diminuării sau controlării stresului ocupațional. Prin această primă lucrare pe tema stresul profesional la judecători, încercăm să realizăm un prim pas spre implementarea unor astfel de programe care să ajute magistrații să înțeleagă mai bine:

- factorii de stres cu care se confruntă în activitate;
- modul în care se manifestă stresul și consecințele pe care acesta le poate avea;
- modalitățile pe care le pot utiliza pentru a face față mai bine evenimentelor în care sunt implicați.

4.3. Concluzii

1. Majoritatea judecătorilor prezintă un nivel înalt (44,93%) și mediu (29,31%) de rezistență la stres. Totuși, 25% din respondenți manifestă rezistență scăzută în condițiile suprasolicitării psihoemoționale permanente.

2. Rezistența la stres depinde de anumite atribute înscrise în sfera personalității. Judecătorii cu rezistență înaltă la stres sunt mai siguri pe sine, independenți, au o tendință spre dominare, sunt insistenți spre deosebire de cei cu nivel de rezistență scăzută, care au un grad mediu de afirmare de sine.

3. Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători include un șir de măsuri, care trebuie începute în perioada studiilor la facultate, evaluate în momentul angajării în funcție și prelungite pe toată perioada activității profesionale a judecătorilor.

4. Pentru tratamentul și profilaxia stresului cronic ocupațional am elaborat o metodă și remediu, care conține un amestec din suc de poamă (200 ml), glutamină (5 ml) și 10 picături de aquagen. Metoda dată se află acum în faza de implementare.

Concluzii și recomandări

1. Particularitățile activității profesionale a judecătorilor permit a considera această activitate înalt stresogenă. Pentru judecători factorii stresogeni, care negativ influențează starea sănătății somatice și psihice sunt volumul de lucru în creștere permanentă, insuficiența de timp, legislația în continuă reformare, caracterul public al activității sale etc. Ponderea cea mai mare în influența negativă a activității judecătorilor o are izolarea socială, fenomen caracteristic pentru circa $\frac{3}{4}$ din magistrați. Identificarea corect a riscurilor profesionale și supravegherea acestora la locul de muncă reprezintă domeniul de bază al activității serviciilor de sănătate publică.

2. Pe baza rezultatelor testării psihometrice au fost evidențiate 5 grupuri tipologice: hipertim (15,34%), hiperperseverent (11,78%), histrionic (10,41%), anxios (8,77 %), depresiv (5,21%). Apartenența de grup este determinată de particularitățile de personalitate a magistraților și de acțiunea factorilor stresanți, care contribuie la formarea și dezvoltarea stărilor adaptive a personalității.

3. Rezistența la stres este dependentă de particularitățile de personalitate și este manifestată diferit în grupurile tipologice formate. Astfel, cea mai mare rezistență este caracteristică pentru respondenții din grupul hipertim, iar mai puțin exprimată – în grupul depresiv. Rezistența la acțiunea factorilor nocivi ai activității profesionale, la efectele fenomenului de oboseală, capacitatea de echilibrare psihică sunt unele din abilitățile psihologice necesare persoanei pretendente la funcția de magistrat. Majoritatea judecătorilor prezintă un nivel

înalt (44,93%) și mediu (29,31%) de rezistență la stres. Totuși, 25% din respondenți manifestă rezistență scăzută în condițiile suprasolicitării psihoemoționale permanente.

4. Morbiditatea psihosomatică a judecătorilor este influențată atât de factori extensivi – stajul juridic general, durata activității în funcție de judecător, numărul dosarelor examinate, cât și de factori cu caracter calitativ – caracterul dosarelor examinate, implicarea emoțională, satisfacția profesională etc. În structura morbidității somatice la judecători predomină afecțiunile sistemului cardiovascular – 53,15%, fiind urmate de bolile sistemului digestiv – 25,21%, afecțiuni bronhopulmonare cronice obstructive – 16,99%, afecțiunile nefrouinare – 9,04%, diabet zaharat – 5,61%. Cunoașterea stării sănătății a magistrților, a morbidității ei prin patologii anumite conduce la identificarea nevoilor de servicii de sănătate la acest contingent și implicit elaborarea măsurilor profilactice pentru prevenirea îmbolnăvirilor.

5. Profilul magistratului trebuie să cuprindă toate competențele absolut necesare și suficiente satisfacerii cerințelor de bază ale profesiei de magistrat, cerințe derivate, la rândul lor, din cele mai importante probleme cu care se confruntă în prezent sistemul juridic în RM.

6. Rezultatele studiului propun implementarea unor măsuri importante pentru protecția sănătății la acest contingent prin adoptarea politicii managementului integrat de reabilitare și reintegrare profesională a judecătorilor cu boli cronice aflați în dispensarizare activă și de refacere a capacității de muncă.

7. Metodele și recomandările elaborate în cadrul studiului pot fi utilizate la crearea și implementarea unui program complex de tratament și profilaxie a stresului ocupațional la judecători

Recomandări practice

1. Optimizarea condițiilor de monitorizare a stării de sănătate a judecătorilor prin organizarea unui control medical anual într-o

instituție medicală republicană, care trebuie să includă aprecierea stării somatice și psihice, urmată de elaborarea concluziei respective în conformitate cu competențele profesionale.

2. Introducerea în programul de examinare a candidaților la funcția de magistrat a cercetării psihodiagnostice, cu scopul evidențierii particularităților de personalitate a candidatului și corespunderea cu profilul de personalitate a magistraților.

3. Includerea în programul de studiu la facultatea de drept a unui compartiment, care va conține studierea stresului ocupațional și mecanismelor de coping.

4. Organizarea serviciului psihologic în sistemul judecătoresc, care prevede introducerea funcției de psiholog-consultant în judecătoria și amenajarea oficiilor de recuperare neuropsihică în incinta judecătoriilor.

5. Efectuarea concilierii în problemele de sănătate și securitate în muncă a judecătorilor, avînd datoria de a semna și comunica riscurile profesionale, pentru luarea unor măsuri precoce de profilaxie tehnico-organizatorică și medicală.

BIBLIOGRAFIE

1. Ackerman P., Heggestad E. Intelligence, personality and interests: Evidence for overlapping traits. In: Psychological Bulletin, nr. 121, 1997, p. 218-245.
2. Allport G. Structura și dezvoltarea personalității. București: Didactică și Pedagogică, 1981. 512 p.
3. Ameille J., Brochard P., Pairon J.-C. Amiante et pathologie professionnelle. Paris: Masson, 2000. 187 p.
4. Anestiadi Z., Zota L. Epidemiologia diabetului zaharat în Republica Moldova. In: Congresul II de Medicină Internă cu participare internațională, 24-26 octombrie 2007. Volum de rezumate, Chișinău, 2007, 229 p.
5. Antoniou A.-S., Cooper C. Research companion to organizational health psychology. Northampton: Edward Elgar, 2005. 695 p.
6. Anuar de statistică sanitară "Sănătatea Publică în Moldova". Centrul Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar, a. 2003 -2007, 560 p.
7. Anuarul statistic al Republicii Moldova 2008. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, Chișinău, 2008. 580 p.
8. Arteni I., Țăbîrnă I.; Bezu Gh. Morbiditatea generală și incidența complicațiilor ulcerului gastroduodenal înregistrate în ultimul deceniu în Republica Moldova. In: Anale științifice / USMF „Nicolae Testemițanu”, 2005, ed. VI, Vol. IIIA, p.313-317.

9. Băban A. Rolul mediatorilor psihologici în evaluarea și adaptarea la stres. Cluj-Napoca: Polirom, 1997. 146 p.
10. Băban A. Stres și personalitate. Cluj-Napoca: Dacia, 1998. 124 p.
11. Baranski B., Biemas P. Guidelines on Quality Management in Multidisciplinary Occupational Health Services World Health Organization in Regional Office for Europe, 1998, p.110 – 115.
12. Barsky A., Borus J. Functional somatic syndroms. In: Ann Intern Med., 1999, vol. 130, p. 910-921.
13. Batty G., Deary I. Early life intelligence and adult health. In: British Medical Journal, nr. 329, 2004, p. 585-586.
14. Bebiș V., Iachim V. Probleme actuale privind munca și sănătatea lucrătorilor medicali. In: Buletinul Academiei de Științe a Republicii Moldova. Chișinău : Știința. 2006, p. 88 – 94.
15. Berntson G., Bigger J., Eckberg D. et al. Heart rate variability: origins, methods, and interpretive caveats. In: Psychophysiology, 1997, V.41(4), p. 454-468.
16. Besdaga V., Ștefăneț S., Bivol O. Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate. UNICEF: Gunivas, 2001. 104 p.
17. Bezu G., Țăbîrnă I., Feghiu M., Bugai R., 2003. Caracteristici psihologice la bolnavii cu ulcer gastric și duodenal cu statut social divers. In: Anale Științifice consacrate zilelor universității 17-18 octombrie 2003, Vol.II, ed.IV, Chișinău: Centrul Ed. - poligr. al USMF “Nicolae Testemițanu” , p.142.
18. Bivol A., Spinei L. Morbiditatea prin maladiile tractului gastrointestinal la adulți în Republica Moldova. In: Materialele Conferinței Științifice a Colaboratorilor și Studenților USMF „N. Testemițanu” „60 de ani de învățământ superior medical în Republica Moldova”, Chișinău, 2005, p.36-38.
19. Bosma H. și al. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. In: British Medical Journal, nr. 314, 1997, p. 70-80.

20. Bourdillon F., Brucker G., Tabuteau D. *Traité de santé Publique*. Paris: Flammarion médecine-sciences, 2007. 745 p.

21. Bucun N., Mereuță I., Rotaru Gh. Particularități de personalitate a judecătorilor în condițiile stresului profesional permanent. In: *Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*, 2009, nr. 4 (17), p. 7 – 16.

22. Buffardi L., Fleishman E., Morath R. Relationships between human ability requirements and human errors in job tasks. In: *Journal of Applied Psychology*, 2000, nr. 85, p. 551-564.

23. Butoi T. *Psihologie judiciara*. Bucuresti: Fundatia Romania de Maine, 2003. 346 p.

24. Byrne, Z., Kacmar, C., Stoner, J. The relationship between perceptions of politics and depressed mood at work: Unique moderators across three levels. In: *Journal of Occupational Health Psychology*, 2005, nr. 10, p. 330-343.

25. Calenici E. Psihosomatica – model de integrare a medicinei moderne. In: *Mater. conf. științ. a colaboratorilor și studenților Zilele Universității de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”*, 17-19 octombrie 2007. p. 499-502.

26. Calenici E. Rolul factorilor de risc în apariția și evoluția hipertensiunii arteriale esențiale. In: *Materialele Conferinței Internaționale „Instruirea specialiștilor pentru Asistența Medicală Primară”*, Chișinău, 11 aprilie 2003, p. 237-239.

27. Calnan M., Wainwright D., Almond S. Job strain, Effort-Reward imbalance and mental distress: A study of occupations in general medical practice. In: *Work and Stress*, 2000, nr. 14, p. 297-311.

28. Cameron J., Zimmerman I., Dowling M. *The Chief Justice and the Court Administrator: The Evolving Relationship*. West Pub. Co., 1987. 55 p.

29. Capotescu R. *Stresul ocupațional. Teorii, modele, aplicații*. Iași: Lumen, 2006. 118 p.

30. Carver C., Scheier M. *Assessing Coping Strategies: A*

Theoretically Based Approach. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 56, nr. 2, 1989, p. 267-283.

31. Clima N. Ju-decătorul - factorul cheie în asigurarea efectuării unei justiții independente, imparțiale și eficiente. Raportul Președintelui Consiliului Superior al Magistraturii Nicolae Clima prezentat la Adunarea anuală a Judecătorilor la 06.02.2009.

32. Cocîrlă A. Medicina ocupațională, în 2 vol. Cluj - Napoca: Universitaria, 2008, 1552 p.

33. Cooper C., Cartwright S. Healthy mind: healthy organization-a proactive approach to occupational stress. In: Human Relations, 1994, nr. 47, p. 455-471.

34. Cooper C., Dewe Ph., O'Driscoll M. Organizational stress: a review and critique of theory, research. New York: Sage, 2001. 270 p.

35. Cosmovici A. Psihologie generală. Iași: Polirom, 1996. 290 p.

36. Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzalez E. Research on work-related stress //Belgium: European Agency for Safety and Health at Work, 2000, 134 p.

37. Cox T., Thompson L. Organizational healthiness: Work-related stress and employee health. In: Coping, Health and Organizations, 2000, p. 173-190.

38. Cucu I. Medicina psihosomatica. București: Litera, 1981. 214 p.

39. Derevenco P., Băban A., Ion A. Stresul în sănătate și boală. Cluj-Napoca: Dacia, 1992. 136p.

40. Dunareanu I. Justitie, judecator, management. Bucuresti: CH Beck, 2005. 352 p.

41. Dyevre P., Leger D. Médecine du travail :approches de la santé au travail. Paris: Masson, 2003. 333 p.

42. Earnshaw J., Cooper C. Stress and Employer Liability. - London: Institute of Personnel and Development (IPD), 2001. 78p.

43. Eells T., Showalter C. Work-related stress in American trial judges. In: Bull. Amer. Acad. Psychiatry & the Law, nr. 22(1), 1994, p. 71-83.

44. English R. Judgment days. In: BBC Worldwide, nr.16, 1994, p. 24-28.

45. Ețco C. Factorii ce influențează sănătatea publică. In: Materialele conferinței științifice anuale ale colaboratorilor USMF „N. Testemițanu”, 1996, p. 38-41.

46. European Commission, Guidance on Risk Assessment at Work, Brussels: European Commission, 1996. 124 p.

47. Fahnstock K. The loneliness of command - One perspective on judicial isolation. In: Judges Journal, 1991, Vol. 12, p. 30.

48. Feldmann T., Bell R. Juror stress: identification and intervention. In: Bull. Amer. Acad. Psychiatry & the Law, 1993, nr. 21(4), p. 409-417.

49. Folkman S., Moskowitz J. Positive Affect and the Other Side of Coping. In: American Psychologist, Vol. 55, nr. 6, 2000, p. 647-654.

50. Franz A. Medicina psihosomatică. București: TREI, 2008. 350p.

51. Friptuleac G., Meșina V. Sănătatea și factorii ocupaționali. Chisinau: Bons Offices, 2006. 130 p.

52. Furculiță M. Stările obsesiv-fobice în tulburările organice. In: Anale științifice ale USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, 2002, vol. 2, p. 395- 398.

53. Gavăt V. și al. Factori de risc din mediu și sănătatea, Iași: EditDan, 2001. 164 p.

54. Goleman D. Vital Lies, Simple Truths. London: Bloomsbury, 1997. 182 p.

55. Golu, M. Dinamica personalității, București: Geneze, 1993. 334 p.

56. Good Practice in Occupational Health Services: A Contribution to Workplace Health. WHO Regional Office for Europe, 2002, 92 p.

57. Hardy S., Carson J., Thomas B. Occupational Stress: Personal and Professional Approaches. Cheltenham: Stanley Thornes, 1998. 216 p.

58. Iamandescu I. Psihologie medicală. București: Infomedica, 1996. 182 p.
59. Ionescu Ș., Jacquet M.-M., Lhote C. Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice. Iași: Polirom, 2002. 314 p.
60. Jarvinen L., Jokinen J. Type A Behavior, Coping Mechanisms and Emotions Related to Somatic Risk Reactions of Coronary Heart Disease. In: Journal of Psychosomatic Research, 1989, nr. 33, p. 234-238.
61. Kachigan S. Statistical analysis: An interdisciplinary introduction to univariate & multivariate methods. New York: Reditus Press, 1986. 303 p.
62. Kaplan S., Winget C. The occupational hazards of jury duty. In: *Bull. Amer. Acad. Psychiatry & the Law*, 1992, nr. 20(3), p. 325-333.
63. Kendall E., Murphy P., O'Neill V. Occupational stress: Factors that contribute to its occurrence and effective management. Centre for Human Services, Griffith University, 2000. 158 p.
64. King J. White-collar reactions to job insecurity and the role of the psychological contract: implications for human resource management. In: Human Resource Management, 2000, nr. 39, p. 79-91.
65. Kirby M. Judicial Stress. In: Annual conference of the local courts of New South Wales, 1995, p. 124-137.
66. Kivimaeki M. și al. Contingent employment, health and sickness absence. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 2001, nr. 27, p. 365-372.
67. Lazarus R. Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. In: Psychosomatic Medicine, 1993, nr. 55, p. 234-247.
68. Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984. 196 p.
69. Lazarus R., Folkman S. The concept of coping. In: Monat A., Lazarus R., editor Stress and Coping, New York: Columbia University Press, 1991, p. 82-94.

70. Lazarus R. Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill, 1986. 284 p.

71. Ledoux J. In search of an Emotional System in the Brain Leaping from fear to Emotion and Consciousness. In: The Cognitive Neuroscience, 1995, vol. 7, nr.5, p. 1049-1062.

72. Levi L. Stress and distress in response to psychosocial stimuli. In: Acta med. scand., 1972, Suppl. 528, p.153-166 .

73. Liverani M. Mid-life crisis or epiphany? In: Law Soc. J. (NSW), 1994, Vol. 9, p. 46.

74. Legea RM nr. 514 - XIII din 06 iulie 1995 cu privire la organizarea judecătorească. In: MO al R.M. nr. 58/641 din 19.10.95.

75. Legea RM nr. 544 - XIII din 20 iulie 1995 cu privire la statutul judecătorului. In: MO al R.M. nr. 59-60/664 din 26.10.1995.

76. Legea RM nr. 949 – XIII din 19.07.1996 cu privire la colegiul de calificare și atestare judecătorilor. In: MO al R.M. nr. 61-62/605 din 20.09.1996.

77. Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F. Boli psihosomate în practica medicală. București, Editura Medicală, 2000, 235 p.

78. Malik M. Heart rate variability. In: Curr. Opin. Cardiol., 1998, nr. 13(1), p. 36-44.

79. Maureen F. Et al. Occupational stress in the service professions. London: CRC Press, 2003. 423 p.

80. Masa Rotundă Internațională „Reforma sistemului de justiție în Republica Moldova. Standarde europene și realități naționale”, Chișinău, 15 iunie, 2009. Chișinău : Popitipcom, 2009. 88 p.

81. McCaffery J., Snieder H., Dong Y. Genetics in Psychosomatic Medicine: Research Designs and Statistical Approaches. In: Psychosom Med., 2007, vol. 69, p. 206-216.

82. Mereuță I., Rotaru Gh. Influența factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătății judecătorilor. In : Avocatul poporului, 2009, nr. 3, p. 5 – 7.

83. Mereuță I., Rotaru Gh. Profilul de personalitate a magistraților. In: Info – Med, 2009, nr. 1 (15), p.52 – 54.

84. Mereuță I., Rotaru Gh., Timofte N. Factorii de risc profesional și morbiditatea judecătorilor – problemă primordială statului de drept (studiu bibliografic). In : Info-Med , 2007, N2 (12), p. 3 – 6.

85. Mereuță I., Rotaru Gh., Timofte N. Sănătatea judecătorilor - o problemă majoră a societății noastre. In: Materialele Conferinței a XIII-a Științifice Internaționale 26-27 martie 2008 „Bioetica, filosofia, economia și medicina în strategia de asigurare a securității umane“, Chișinău, 2008: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu“, p. 244 – 246.

86. Mereuță I. și al. Sănătatea publică și management sanitar. Chișinău. 2000, 367 p.

87. Miclea M. Mecanisme psihice de autoreglare în condiții de stres. Cluj-Napoca: Polirom, 1997. 142 p.

88. Minulescu M. Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică. București: Garell Publishing Haus, 1996. 122 p.

89. Nacu A., Calenici E. Despre relațiile psihosomatice. In: Materialele Conferinței internaționale de psihiatrie, Chișinău, 13-14 noembrie, 1997, p. 22.

90. Neenan M., Palmer S. Stress & Stress Management Counselling. In: International Stress Management Journal, 1998, Vol. 10, nr. 4, p.84-95.

91. Neenan M., Palmer S. Stress Counselling: A Cognitive-Behavioural. International Stress Management Journal, 1996, Vol. 8, nr. 4, p. 143-152.

92. Opopol N., Băhnărel I., Pantea V. Sănătatea populației – scop primar al dezvoltării durabile. In: Materialele conf. șt.-pract. a CNȘPMP „Medicina Preventivă – strategie oportună a sistemului de sănătate“. Chișinău, 2005, p. 234-242.

93. Opopol N. și al. Sănătatea populației în relație cu factorul alimentar. In: Materialele conferinței naționale, Chișinău, 2001, p. 35-44.

94. Osoianu T. Reforma judiciara și de drept în Republica Moldova- condiție necesară în vederea integrării europene. Chișinău, 2004. 48 p.

95. Păuncu A. Bolile profesionale la personalul medical. In: Revista Română de Medicina Muncii, 2000, vol. 50 , nr. 12, p. 24 – 31.

96. Pentel J., Mazeau V. Santé publique : médecine légale, médecine du travail. Paris: Med – Line, 2005. 202 p.

97. Popa S., Cepoida P. Ulcerul de stres: stare actuală a problemei. In: Anale Științifice consacrate zilelor universității 2003, vol.II ed.IV, Centrul Ed.-poligr. al USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, p.153-157.

98. Popovici F. Unele aspecte ale eticii judiciare și responsabilitatea judecătorului în Republica Moldova, Chișinău, 2000. 72 p.

99. Popovici M. și al. Incidența hipertensiunii arteriale și a factorilor de risc care o determină în populația rurală a Republicii Moldova. In: Curierul medical, 2005, nr. 4 (286), p. 5 – 10.

100. Pretzer J. și al. Stress & Stress Management: A Cognitive View. In: Journal of Cognitive Psychotherapy, 1989. Vol. 3 (3), p. 163-179.

101. Raport de activitate al instanțelor judecătorești pentru anul 2007. Ministerul Justiției al RM, Chișinău 2008. <http://www.justice.gov.md/>. (vizitat 01.09.2008).

102. Rick, J., Hillage, J., Honey S. Stress: Big Issue, but What are the Problems? London: Institute for Employment Studies, 1997. 184 p.

103. Rogers J., Freeman S. The Occupational Stress of Judges. In: Canadian J. of psychiatry, 1991, Vol. 36, p. 317.

104. Rotaru Gh. Aspectele psihosociale ale morbidității judecătorilor. In: Sănătatea publică, economie și management în medicină, 2009, nr. 3(30), p. 13 – 16.

105. Rotaru Gh. Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători. In : Info-Med, 2009, nr. 1(15), p. 48 – 52.

106. Rotaru Gh., Mereuță I. Bioetica și justiția. In: Materialele Conferinței a XIV-a Științifice Internaționale 10-11 aprilie 2009 „Bioetica, filosofia și medicina în strategia de asigurare a securității umane“, Chișinău, 2009: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu“, p. 109 – 112.

107. Rotaru Gh., Mereuță I. Stresul profesional și morbiditatea psihosomatică a judecătorilor. In : Info-Med, 2008, nr. 1(13), p. 3 – 6.

108. Roure-Mariotti M. Psychopathologie et médecine du travail. Paris: Masson, 1984. 140 p.

109. Roure-Mariotti M. , Pierre C. Medecine et risque au travail. Guide du medecine en milieu de travail. Paris: Elsevier Masson, 2002. 693 p.

110. Ross R., Altmaier E. Intervention in Occupational Stress: a handbook of counselling for stress at work. London: Thousand Oaks, New Delphi, 1994. 196 p.

111. Rusnac S. Psihologia Dreptului. Chișinău, ARC, 2000. 312 p.

112. Săhleanu V., Athanasiu A. Psihologia profesiei medicale. București, Ed. Științifică, 1973. 374 p.

113. Sănătatea Publică în Moldova. Anuar statistic 2007. Chișinău, 2008, 208 p.

114. Selye H. The stress concept: Past, present and future. In: C.L.Cooper, Ed. Stress research, New York: McGraw Hill, 1983, p.1-20.

115. Singer J., Salovey P. Mood And Memory: Evaluating The Network Theory Of Affect'.In Clinical Psychology Review, 1998, Vol. 8, p. 211-251.

116. Smith J. Stress – A Change of Direction. In: International Stress Management Journal, 1998, Vol. 8, nr. 4, p. 146-152.

117. Silion I., Cordoneanu C. Bazele medicinei muncii (teorie și practică), Iași: PIM, 2003. 634 p.

118. Snyder C. Coping with stress: effective people and processes. New York: Oxford University Press, 2001, p. 4-6.

119. Snyder C. Coping: the psychology of what works. In: Clarendon Press. 2004, nr. 5, p. 3-20.

120. Statutul Asociației Judecătorilor din Republica Moldova. In: Themis, Ediție Specială, Buletin informativ, nr.3, 2000.
121. Suarez E., Kuhn C., Schanberg S. Neuroendocrine, cardiovascular, and emotional responses of hostile men: the role of interpersonal challenge. In: Psychosom Med., 1998, vol. 60, p. 78–88.
122. Sullivan S., Bhagat, R. Organizational Stress, Job Satisfaction and Job Performance: Where Do We Go from Here. In: Journal of Management, 1992, nr.3, p.282 - 296.
123. Thomas J. A down-under circuit: the life of a judge in the remoter parts of Australia. In: Judicature, 1991, Vol. 74, p. 208.
124. Tintiuc D. și al., Medicina socială și Management. Chișinău, CEP Medicina, 2002, 720 p.
125. Tsuji H., Venditti F., Manders E. Reduced heart rate variability and mortality risk in an elderly cohort: The Framingham heart study. In: Circulation. 1994, V.90, p. 878-883.
126. Tulchinsky T., Varavikova E. Noua Sănătate Publică, San Diego, California: Academic Press, 2003. 723 p.
127. Van Pradelles de Palmaert S., Clozel T. Santé publique médecine légale, Paris, Masson, 2007, 97 p.
128. Vasilescu A. și al. De la concept la terapie în bolile psihosomatice. Bucuresti : Trei, 2008, 136 p.
129. Vlădescu C. Managementul serviciilor de sănătate. București: Expert, 2000. 335 p.
130. Weiner N. et al. Safe and Secure: Protecting Judicial Officials. In: Court Review, 2000, Vol. 36, Issue 4, p. 26-33.
131. White B. The special role of State judges. In: Judges Journal, 1991, Vol. 2, p.6.
132. WHO Regional Office for Europe., Good Practice in Occupational Health Services: A Contribution to Workplace Health. Copenhagen, 2003, 88 p.
133. Yan L. et al. Psychosocial factors and risk for hypertension: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults

(CARDIA) study. In: Journal of the American Medical Association, 2003, vol. 290, p. 2138-2148.

134. Zimmerman I. Dealing With Professional Stress: Insights for Judges. In: The Boston B.J., 1987, Nov./Dec., p. 39.

135. Zimmerman I. Isolation in the Judicial Career. In: Judges Journal, 2000, Vol. 22, p.64 - 76.

136. Zimmerman I. Stress: What It Does to Judges and How It Can Be Lessened. In: The Judges Journal, A.B.A., 1981, Vol. 20, No. 3, p.98-104.

137. Zimmerman M.D. A New Approach to Court Reform. In: Judicature, 1998. Vol. 82, p. 108-109.

138. Zimmerman I.M. Dealing With Professional Stress: Insights for Judges, 1987. 102 p.

139. Zlate M. Tratat de psihologie organizational-managerială. Volumul al II-lea. Iasi: Polirom, 2007, p. 684.

140. Абульханова-Славская К.А. Деятельность и психология личности. Москва: Прогресс, 1980. 334 с.

141. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Институт Общегуманитарных Исследований, Москва, 2004, 336 с.

142. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозр. психиат.и мед. психол., 1992. - № 2. - с. 5-10.

143. Баранов А.А. Стрессоустойчивость и мастерство педагога. Ижевск, 1997, 108 с.

144. Березин Ф.Б. Мирошников М.П., Соколова Е.А. Методика многостороннего исследования личности. Москва: Фолиум., 1994, 174с.

145. Бодров А.В. Проблема преодоления стресса // Психологический журнал, 2006, Т. 27, № 2-3, с. 106-123.

146. Божович Л.И. Проблемы формирования личности. Воронеж: Издательство «Институт практической психологии» 2001. 340 с.

147. Винокур В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение // Геден Рихтер в СНГ, 2001, № 4, с. 28 – 33.

148. Гинзбург М.Р., Психологическое содержание личностного самоопределения // Вопросы психологии, 1994, №3, с.43-52.

149. Елисеев Ю.Ю., Психосоматические заболевания. Справочник. Москва: Изд. Эксмо, 2003, 608 с.

150. Еникеев М.И. Общая и юридическая психология (в двух частях). Москва: Юридическая литература, 1996. - 560 с.

151. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал, 2004, т. 25., №2. с. 86-92.

152. Менегетти А., Психосоматика, Москва: ННБФ «Онтопсихология», 2005, 360 с.

153. Мереуцэ И.Е., Ротару Г.С. Психосоматическая заболеваемость судей как следствие „судебного стресса” // Администратор суда, 2009, № 3, с. 29-31.

154. Павловский В., Степанов О. Судебной системе требуется психолог //Российская юстиция, 2004, №1, с. 12 -19.

155. Панкратов В.Н. Саморегуляция психического здоровья: Практическое руководство. Москва: 2001, с. 352.

156. Сандомирский М.Е., Психосоматика и телесная психотерапия. // Практическое руководство. Москва: «Класс», 2005, 592 с.

157. Сафин В.Ф. Психологические механизмы самоопределения личности/ Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов, 25-28 июня 2003 года, Спб, Изд-во С.-Петербург.ун-таб 2003.

158. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва: Прогресс, 1982, 123 с.

159. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Москва: Институт прикладной психологии., 2000, 512 с.

160. Степанов С., Глушкова Н. Профессиональная заболеваемость российских медиков. Сестринское дело, 2003, № 2, с. 18-26.

161. Суворова В.В. Психофизиология стресса. Москва: Педагогика, 1975. 206 с.

162. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса, Москва: Педагогика, 1987. 138 с.

163. Сумароков И. Судебный стресс //Российская юстиция, 2003, №12, с. 60 – 63.

164. Топильская Л.Н. «Как нам обустроить судебную власть». Российская юстиция, № 11,2000, с. 22-25.

165. Фонарев А.Р. Формы становления личности в процессе ее профессионализации. // Вопросы психологии, 1997, № 2, с. 22-28.

166. Форманюк Т.В. Синдром профессионального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии, 1994, № 6, с.36-42.

167. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб: Питер, 2006. 255 с.

Anexe

Anexa 1

Metodologia de organizare a cercetării și prelucrarea matematico-statistică a materialului

1. Caracteristica generală a cercetării

Cercetarea științifică actuală a încercat o analiză a aspectelor medico-sociale și psihologice ale morbidității judecătorilor în RM și determinarea factorilor de risc ai activității profesionale ce influențează sănătatea lor. Cercetarea socială după May include: analiza statisticii oficiale, chestionarul, interviul, observația participativă, cercetarea documentară, cercetarea comparativă, principii ce au fost respectate în studiul dat. Scopul analizei morbidității este de a cunoaște cât mai complet frecvența maladiilor la acest contingent și tendințele de evoluție ale acestora. În analiza morbidității se va determina structura și frecvența factorilor de risc în activitatea judecătorilor. Pentru atingerea scopului au fost utilizate următoarele metode:

- metoda istorică – cercetarea teoretică a surselor, conceptelor, abordărilor teoretice, metoda logică de analiză și interpretare, sinteza teoretică;
- metoda teoretică – analiza documentară; culegerea informației obiective (analiza documentelor instituțiilor medicale, rapoartelor anuale ale instituțiilor de profil);
- metoda sociologică – culegerea informației sociologice în teren cu aplicarea chestionarului, interviuri;

- metoda statistică – analiza cantitativă și calitativă a datelor colectate în cadrul studiului și observațiilor;
- metoda matematică – prelucrarea matematico-statistică a materialului primar.

Au fost efectuate trei tipuri fundamentale de comparații: demografice; geografice; temporale. Comparațiile demografice iau în considerare caracteristici de persoană: vârsta, sexul, starea civilă, originea etnică și indicatorii statutului socio-economic. Comparațiile geografice iau în considerare caracteristici de loc. Comparațiile temporale iau în considerare caracteristici de timp. În studiul morbidității se pot distinge trei direcții metodologice: statistică, social-igienică, medico-organizatorică. Orientarea statistică include determinarea și analiza structurii, nivelului și cauzelor maladiilor la judecători. Obiectivul principal al direcției social-igienice se rezumă la cercetarea factorilor de risc și cauzali. Analiza medico-organizatorică presupune depistarea deficiențelor în deservirea medicală a judecătorilor, înlăturarea căroră ar duce la micșorarea numărului de maladii. La etapa preliminară s-au evidențiat un șir de obstacole obiective în îndeplinirea sarcinilor propuse, legate cu absența literaturii științifice pe problemele sănătății somatice și psihice a judecătorilor. Lipsa practică a cercetărilor analogice, necesitatea formării unui aparat de cercetare cu includerea metodicilor necesare au cerut condiții organizaționale speciale pentru efectuarea cercetării. Programul de cercetare trebuia să fie cât mai laconic, fiindcă un volum mare a materialului propus contribuie la refuz de la cercetare pe măsura dezvoltării plictiselii și motivației joase pentru cercetare. Folosirea metodicilor tradiționale, înalt informative, dar voluminoase în plan practic sunt imposibile. Pentru organizarea și efectuarea studiului s-au îndeplinit în mod consecvent cele patru etape ale cercetării statistice:

1. întocmirea programului și planului cercetării, determinarea eșantionului;
2. efectuarea cercetării pe teren cu acumularea informației;
3. prelucrarea informației culese („EpiInfo 2002”);

4. analiza rezultatelor obținute, elaborarea concluziilor și recomandărilor.

Ipoteza cercetării – morbiditatea psihosomatică a judecătorilor, precum și formarea personalității este influențată de activitatea profesională a acestora.

Pentru colectarea datelor a fost elaborat un chestionar, care a avut un caracter confidențial, a cărui menire principală constă în obținerea unei informații autentice despre problema cercetată, despre chipul social studiat. Chestionarul reprezintă o serie de întrebări formulate în raport cu ipotezele cercetării, răspunsurile primite fiind folosite pentru verificarea acestora. Specificul activității profesionale a judecătorilor a impus întocmirea unui chestionar special (Anexa 1), care se baza pe principii structural-dinamice și permite de analizat fiecare caz în parte, pe de o parte, și a face o analiză statistică generalizată, pe de altă parte. Folosirea chestionarului „Judecătorii“, elaborat special, orientat spre evidențierea celor mai actuale probleme psihice, somatice și sociale, caracterului activității profesionale, unor date anamnestice, e cauzat de necesitatea evidenței activității profesionale specifice a judecătorilor, a factorilor profesionali negativi și posibililor efecte asupra personalității judecătorilor. Chestionarul cuprinde trei parti :

- Date generale – de pașaport, anamnestice, inclusiv eredocolaterale, relații în familie etc;
- Activitatea profesională, inclusiv date concrete cantitative și calitative;
- Starea psihosomatică a judecătorilor, răspîndirea dereglărilor de somn, morbiditatea, problemele actuale de asistență medicală a judecătorilor etc.

Toate anchetele au fost supuse unor acțiuni cum sunt controlul logic, numerotare, codificare generală și medicală și introducerea informației în computer. Pentru analiză s-au folosit de asemenea datele din fișele medicale de ambulator, rezultatele examinărilor altor specialiști și datele metodelor suplimentare de cercetare pentru

concretizarea diagnozei. Pe baza rezultatelor cercetării s-a efectuat aprecierea fenomenologică, sindromologică și nozologică a dereglărilor depistate. În toate cazurile procedura era parte componentă a examinării complexe, ce cuprindea inclusiv starea somatică a judecătorilor. În cazurile necesare pentru analiză s-au folosit rezultatele examinărilor altor specialiști și datele metodelor suplimentare, folosite pentru concretizarea diagnozei somatice. La colectarea materialului factologic, pentru cercetarea psihodiagnostică, am utilizat:

1. Chestionarul caracterologic (H. Leonard, H. Schmieschek)
2. Chestionarul Hamilton pentru aprecierea prezenței și gradului de depresie
3. Chestionarul Spilberger pentru aprecierea nivelului anxietății
4. Scala Holmes și Rahe pentru aprecierea rezistenței la stres.

2. Caracteristica lotului de studiu

Numărul total de persoane examinate – 365, care reprezintă judecătorii din judecătoriile municipale și raionale, judecătorii Curții Supreme de Justiție, judecătorii Curților de Apel.

Cercetarea a fost efectuată în două etape. La prima etapă au fost examinați judecătorii ce activează în judecătoriile raionale (206 persoane). Etapa a doua a cuprins în studiu judecătorii CSJ, CA și din judecătoriile municipale (159 persoane).

Indicii medii (365 persoane):

- vîrsta medie – 47,2 ani
- 243 bărbați și 122 femei, ce reprezintă respectiv 66,5% și 33,5%.
- stajul juridic general – 24,6 ani
- stajul în funcție de judecător – 12,7 ani

Grupul de control au constituit 372 persoane – profesori din învățămîntul liceal. Indicii medii:

- vîrsta medie – 45,9 ani

- 205 bărbați și 167 femei, ce reprezintă respectiv 55,11% și 44,89%.

- stajul general – 25,9 ani

Profesorii au fost selectați din 3 raioane – Soroca, Orhei, Leova, reprezentînd centrele raionale și cîte două sate situate la poluri diferite ale raionului. În selectarea persoanelor în grupul de control s-a ținut cont de caracterul intelectual al muncii, prezența în activitatea profesională a contactului permanent cu oamenii și absența legăturii cu sistemul judecătoresc.

Tabelul 1.

Caracteristica după vîrstă a lotului de studiu și a lotului martor

| Vîrsta | Lotul de studiu | | Lotul martor | |
|-------------|-----------------|--------|--------------|--------|
| 30 – 39 ani | 32 | 8,77% | 34 | 9,14% |
| 40 – 49 ani | 162 | 44,38% | 147 | 39,52% |
| 50 – 59 ani | 117 | 32,05% | 128 | 34,41% |
| 60 – 69 ani | 54 | 14,80% | 63 | 16,93% |
| Total | 365 | 100 % | 372 | 100% |

Cercetarea grupului de control a inclus aceleași proceduri aplicate pentru judecăt看ori, în afară de chestionarul „Judecăt看rii“, care reflectă datele profesionale, fiind înlocuit cu un chestionar specific profesiei respective.

Anexa 2

Chestionar "Judecătorii"

1. Vârsta (ani) - _____
2. Sex : a) M ☐
b) F ☐
3. Starea familială: a)celibatar,-ă ☐ c)divorțat,-ă ☐
b)căsătorit,-ă ☐ d)văduv,-ă ☐
3. Locul permanent de trai : a) oraș ☐
b) sat ☐
4. Locul activității profesionale : a)municipiu ☐
b) centru raional ☐
5. Vechimea în funcție de judecător (ani) - _____
6. Vechimea de munca în justiție (ani) - _____
7. Funcția(activitatea) deținută anterior - _____
8. Numărul dosarelor examinate anual - _____
9. Caracterul predominant al dosarelor examinate:
a) administrative ☐
b) penale ☐
c) mixt ☐
10. Ce schimbări au survenit în viața personală a D-voastră după numirea în funcția de judecător?
a) _____
b) _____
c) _____
- 11.Ați căpătat în timpul activității profesionale careva deprinderi dăunătoare ?
- fumatul ☐ - hipodinamia ☐
- consum de alcool ☐ - alimentare nerațională ☐
- abuz de medicamente ☐
12. Sunteți predispus eriditar față de unele boli? Da ☐ Nu ☐
(precizați): _____

13. Suferiți de vre-o maladie cronică? Dacă da, indicați :

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| - Hipertensiune arterială | <input type="checkbox"/> | - Boli sistemului digestiv | <input type="checkbox"/> |
| - Diabet zaharat | <input type="checkbox"/> | - Boli de piele | <input type="checkbox"/> |
| - Boli bronhopulmonare | <input type="checkbox"/> | - alte _____ | <input type="checkbox"/> |

14. Ați constatat agravarea stării de sănătate în timpul unui anumit proces de judecată ?

Da ☐ Nu ☐

15. Aveți dereglări de somn ?

- adesea ☐
- uneori ☐
- niciodată ☐

16. Care dereglări de somn predomină?

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| - adormire dificilă | <input type="checkbox"/> | - oboseală dimineată | <input type="checkbox"/> |
| - treziri frecvente | <input type="checkbox"/> | - visuri, coșmar | <input type="checkbox"/> |

17. Vă simțiți izolat, singur, chiar și printre prieteni?

Da ☐ Nu ☐

18. Suferiți de dureri de cap ?

- adesea ☐
- uneori ☐
- niciodată ☐

19. Vi se întâmplă să fiți deranjat (jenat) de o stare de nervozitate, iritabilitate sau tensiune:

- adesea ☐
- uneori ☐
- niciodată ☐

20. Vi se întâmplă destul de des să fiți cuprins de o senzație de oboseala generală?

Da ☐ Nu ☐

21. Considerați că activitatea profesională a D-voastră influențează sănătatea membrilor familiei, celor apropiați ?

Da ☐ Nu ☐

22. Cum apreciați pe o scară de la 1 la 5 (1-nesatisfăcător; 5-excelent) asigurarea asistenței medicale judecătorilor ?

1-☐ 2-☐ 3-☐ 4-☐ 5-☐

23. Ce propuneri aveți pentru ca serviciile medicale oferite judecătorilor să corespundă dorințelor și cerințelor D-voastră ?

- a) _____
b) _____
c) _____

24. Sunteți optimist în privința carierei D-voastră?

- a) da ☐
b) oarecum ☐
c) nu ☐

25. Care sunt problemele predominante după părerea D-voastră:

- legate de sănătate ☐
- materiale ☐
- familiare ☐
- cariera profesională ☐

26. Suportați o suprasarcină profesională frecventă sau permanentă?

- deloc ☐
- uneori ☐
- deseori ☐
- permanent ☐

27. Sînteți dominat de sentimentul urgenței și/sau există o ambianță puternic competitivă la locul D-voastră de muncă?

- deloc ☐
- uneori ☐
- deseori ☐
- permanent ☐

CHESTIONAR CARACTEROLOGIC

(H. Leonard, H. Schmieschek)

Vi se prezintă un șir de afirmații referitoare la caracterul D-voastră. Citiți cu atenție fiecare afirmație și răspundeți imediat, la rind prin „DA“, dacă ceea ce conține ea vi se potrivește, sau prin „NU“, dacă nu vi se potrivește. Nu lăsați nici o întrebare fără răspuns.

| | | DA | NU |
|-----|---|----|----|
| 1. | În general sunteți un om vioi și fără griji? | | |
| 2. | Sunteți sensibil la jigniri? | | |
| 3. | Vă dau uneori repede lacrimile? | | |
| 4. | Dupa ce ați terminat cu bine o treabă oarecare, vi se întâmplă, totuși, să vă îndoiiți că ați făcut bine și nu aveți liniște pînă nu vă convingeți încă o dată? | | |
| 5. | În copilărie ați fost îndrăzneț ca și ceilalți copii de vîrsta D-voastră? | | |
| 6. | Dispoziția D-voastră este schimbătoare – de la mare bucurie la deprimare? | | |
| 7. | De obicei, într-o reuniune amicală, sunteți în centrul atenției celorlalți? | | |
| 8. | Sunt zile în care, fără vreun motiv evident, sunteți indispus și iritat, încît este mai bine să nu vi se adreseze nimeni? | | |
| 9. | Credeți că sunteți o persoană serioasă? | | |
| 10. | Sunteți în stare să vă entuziasmați puternic? | | |
| 11. | Sunteți foarte întreprinzător? | | |
| 12. | Uitați ușor cînd cineva v-a jignit? | | |
| 13. | Sunteți foarte milos? | | |
| 14. | Atunci cînd puneți o scrisoare în cutie, obișnuiți să controlați cu mîna, dacă plicul a intrat? | | |
| 15. | Aveți ambiția ca la locul de muncă să faceți parte din cei mai buni? | | |
| 16. | Vă este frică (sau v-a fost cînd erați mic) de furtună și de cîini? | | |
| 17. | Cred despre D-voastră unii oameni că sunteți un pic pedant? | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 18. | Dispoziția D-voastră depinde de întâmplările prin care treceți? | | |
| 19. | Sunteți întotdeauna agreat, simpatizat de către cunoscuții D-voastră? | | |
| 20. | Aveți uneori stări de neliniște și de tensiune (încordare) puternică? | | |
| 21. | De obicei vă simțiți apăsător de ceva, deprimat? | | |
| 22. | Ați avut până acum crize de plîns sau crize nervoase (șoc) ? | | |
| 23. | Vă vine greu să stați pe scaun un timp mai îndelungat? | | |
| 24. | Cînd cineva v-a făcut o nedreptate, luptați energic pentru interesele D-voastră? | | |
| 25. | Sunteți în stare să tăiați un animal? | | |
| 26. | Vă supără faptul că acasă perdeaua sau fața de masă sunt puțin cam strîmbe și le îndreptați imediat? | | |
| 27. | Cînd erați copil, vă era frică să rămîneți seara singur în casă? | | |
| 28. | Vi se schimbă des dispoziția fără motiv? | | |
| 29. | În activitatea D-voastră profesională sunteți deseori cel mai capabil? | | |
| 30. | Vă înfuriați repede? | | |
| 31. | Puteți fi, cîteodată, cu adevărat exuberant, voios? | | |
| 32. | Puteți uneori să trăiți un sentiment de fericire deplină? | | |
| 33. | De obicei, spuneți oamenilor în mod deschis părerea D-voastră? | | |
| 34. | Puteți distra o societate, puteți fi sufletul unei companii? | | |
| 35. | Vă impresionează dacă vedeți singe? | | |
| 36. | Vă place o activitate cu mare răspundere personală? | | |
| 37. | Sunteți înclinat să interveniți pentru oamenii cărora li s-a făcut o nedreptate? | | |
| 38. | Vă este teamă să intrați singur într-o pivniță, într-o cameră întunecoasă? | | |
| 39. | Preferați activitățile care trebuie făcute încet și foarte exact celor care pot fi făcute repede și fără migală? | | |
| 40. | Sunteți o persoană foarte sociabilă? | | |
| 41. | La școală vă plăcea să recitați poezii? | | |
| 42. | Ați fugit vreodată de acasă cînd erați copil? | | |
| 43. | Vi se pare grea viața? | | |
| 44. | Vi s-a întîmplat să fiți atît de tulburat de conflicte și necazuri, încît a fost imposibil să mai mergeți la lucru? | | |
| 45. | S-ar putea spune despre D-voastră că, în general, nu vă pierdeți prea repede buna dispoziție atunci cînd aveți un insucces? | | |
| 46. | Dacă v-a jignit cineva, faceți primul pas spre împăcare? | | |
| 47. | Vă plac animalele? | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 48. | Vă întoarceți uneori din drum ca să vă convingeți că acasă sau la locul de muncă totul este în regulă și că nimic rău nu se poate întâmpla? | | |
| 49. | Sunteți citeodată chinuit de o frică inexplicabilă că D-voastră sau rudelor D-voastră li s-ar putea întâmpla ceva rău? | | |
| 50. | Credeți că dispoziția D-voastră depinde de starea vremii? | | |
| 51. | V-ar deranja cum va să vă urcați pe o scenă și să vorbiți în fața unui public? | | |
| 52. | Cînd cineva vă necăjește tare și cu intenție, ați fi în stare să vă ieșiți din fire și să vă încăierați? | | |
| 53. | Vă plac mult petrecerile? | | |
| 54. | Vă simțiți adînc descurajat cînd aveți decepții? | | |
| 55. | Vă place o muncă unde D-voastră trebuie să organizați mult? | | |
| 56. | În mod obișnuit urmăriți insistent scopul pe care vi l-ați propus, chiar dacă înîmpinați obstacole? | | |
| 57. | Poate să vă impresioneze într-atît un film tragic, încît să vă dea lacrimile? | | |
| 58. | Vi se întîmplă să adormiți cu greu pentru că vă gîndiți la problemele cotidiene sau de viitor? | | |
| 59. | Fiind elev le-ați suflat colegilor sau i-ați lăsat să copieze după D-voastră? | | |
| 60. | V-ar displace să treceți prin cimitir noaptea? | | |
| 61. | Vă îngrijiți în mod deosebit ca acasă la D-voastră fiecare lucru să aibă un loc al lui? | | |
| 62. | Vi se întîmplă dimineața să vă sculați prost dispus și necăjit, stare care durează cîteva ore? | | |
| 63. | Puteți să vă adaptați ușor la situațiile noi? | | |
| 64. | Aveți uneori dureri de cap, amețeli? | | |
| 65. | Rîdeți des? | | |
| 66. | Față de oamenii pentru care nu aveți considerație, vă puteți purta foarte prietenos, încît ei să nu observe adevărata D-voastră parere despre ei? | | |
| 67. | Sunteți o persoană vioaie, plină de viață? | | |
| 68. | Suferiți mult din cauza nedreptății? | | |
| 69. | Sunteți un prieten al naturii? | | |
| 70. | Aveți obiceiul ca atunci cînd plecați de acasă sau mergeți la culcare să controlați întotdeauna starea unor lucruri (ușa, aragazul, lumina, etc) | | |
| 71. | Sunteți sperios? | | |
| 72. | Vi se poate schimba dispoziția în urma consumării alcoolului? | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 73. | Colaborați sau ați colaborat cu plăcere în trecut la cercuri teatrale de amatori? | | |
| 74. | Vă este uneori foarte dor de depărtări? | | |
| 75. | De obicei priviți viitorul cu pesimism? | | |
| 76. | Vi se poate schimba atât de puternic dispoziția, încât să aveți uneori un mare sentiment de bucurie, pentru ca mai apoi să cădeți într-o stare de amărăciune? | | |
| 77. | Vă este ușor să creați buna dispoziție într-o societate, reuniune? | | |
| 78. | De obicei, rămîneți multă vreme supărat? | | |
| 79. | Sunteți foarte puternic impresionat de suferința altor oameni? | | |
| 80. | În mod obișnuit, în caietele de școală scrieați încă o pagină, dacă se întîmpla să faceți o greșală? | | |
| 81. | Se poate spune că, în general, cu oamenii sunteți mai mult prudent și bănuitor decît încrezător? | | |
| 82. | Aveți deseori vise cu situații de spaimă? | | |
| 83. | Sunteți deseori terorizat de gîndul că, fiind pe peronul unei gări, vă puteți arunca înaintea trenului împotriva voinței D-voastră? | | |
| 84. | În mod obișnuit, deveniți vesel într-un loc plăcut? | | |
| 85. | În general, vă debărșați ușor de problemele apăsătoare și nu vă mai gîndiți la ele? | | |
| 86. | Cînd consumați alcool deveniți, de obicei, impulsiv? | | |
| 87. | În discuții sunteți mai degrabă zgîrcit la vorbă decît vorbăreț? | | |
| 88. | Atunci cînd trebuie să colaborați la o reprezentație teatrală, ați putea să vă însușiți atât de bine rolul, încît pe scenă să uitați complet că sunteți un altul? | | |

Chestionar Spielberg

| A | Acum, în acest moment | nu | proba | corect | exact |
|----|---|----|-------|--------|-------|
| 1 | -/- sunt calm | | | | |
| 2 | -/- nimic nu mă deranjează | | | | |
| 3 | -/- sunt încordat | | | | |
| 4 | -/- regret ceva | | | | |
| 5 | -/- mă simt liber | | | | |
| 6 | -/- sunt dezamăgit | | | | |
| 7 | -/- mă preocupă insuccesele posibile | | | | |
| 8 | -/- mă simt odihnit | | | | |
| 9 | -/- sunt neliniștit | | | | |
| 10 | -/- simt satisfacție lăuntrică | | | | |
| 11 | -/- sunt încrezut în sine | | | | |
| 12 | -/- sunt nervos | | | | |
| 13 | -/- nu-mi găsesc locul | | | | |
| 14 | -/- mă simt "pe roate" | | | | |
| 15 | -/- nu-s încordat, stingherit | | | | |
| 16 | -/- sunt mulțumit | | | | |
| 17 | -/- sunt îngrijorat | | | | |
| 18 | -/- sunt prea excitat și mă deranjează aceasta | | | | |
| 19 | -/- sunt vesel | | | | |
| 20 | -/- mă simt bine | | | | |

| B | <i>Deobicei, în general</i> | niciodată | rareori | deseori | permane |
|----------|--|------------------|----------------|----------------|----------------|
| 21 | - simt satisfacție | | | | |
| 22 | - repede obosesc | | | | |
| 23 | - ușor încep să plîng | | | | |
| 24 | - vreau să fiu la fel de fericit ca alții | | | | |
| 25 | - deseori pierd din cauza neîncrederii în sine, luării întârziate a deciziei | | | | |
| 26 | - mă simt vioi | | | | |
| 27 | - sunt calm, hotărît | | | | |
| 28 | - greutățile așteptate mă îngrijorează | | | | |
| 29 | - prea mă emoționez pentru nimic | | | | |
| 30 | - sunt fericit | | | | |
| 31 | - iau lucrurile la inimă | | | | |
| 32 | - nu-mi ajunge încredere în sine | | | | |
| 33 | - mă simt în siguranță | | | | |
| 34 | - mă strădui să evit situații critice și problematic | | | | |
| 35 | - sunt apatic | | | | |
| 36 | - sunt mulțumit | | | | |
| 37 | - orice fleac mă deranjează și-mi sustrage atenția | | | | |

SCALA HOLMES - RAHE

| Evenimente | Punctaj |
|--|----------------|
| Decesul unuia dintre soți | 100 |
| Pierderea credinței religioase | 95 |
| Divorț | 73 |
| Separarea soților | 65 |
| Închisoare | 65 |
| Pierderea reputației | 63 |
| Moartea unui membru al familiei (afară de soți) | 63 |
| Pierderea încrederii în sine | 60 |
| Vătămarea fizică sau boală | 53 |
| Reîmpăcarea soților | 50 |
| Pensionare | 47 |
| Schimbarea sănătății unui membru al familiei | 45 |
| Dificultăți sexuale | 43 |
| Creșterea numărului membrilor familiei | 43 |
| Modificări în afaceri sau serviciu | 40 |
| Schimbarea reședinței | 37 |
| Schimbare în starea financiară | 35 |
| Moartea unui prieten apropiat | 35 |
| Schimbarea profesiei | 35 |
| Exacerbarea tensiunilor conjugale | 33 |
| Pierderea unor împrumuturi sau garanții | 31 |
| Preluarea unei răspunderi financiare majore | 30 |
| Schimbare în responsabilitățile de serviciu | 30 |
| Fiul sau fiica părăsește căminul | 29 |
| Conflicte cu rudele | 29 |
| Realizări personale ieșite din comun | 28 |
| Schimbare în condițiile de viață | 25 |
| Probleme cu șeful | 23 |
| Schimbarea orelor de serviciu sau a condițiilor de lucru | 20 |
| Schimbarea deprinderilor religioase | 19 |
| Schimbări în programul și condițiile de somn | 18 |
| Schimbări în activitățile sociale | 17 |
| Împrumuturi pentru procurarea automobil, televizor etc. | 16 |
| Schimbarea numărului de coabități | 15 |
| Modificările deprinderilor alimentare | 15 |
| Concediu | 15 |
| Crăciun, Anul Nou | 12 |
| Mici conflicte cu legea | 11 |

Chestionar Hamilton

1. Stare de depresie: (tristețe, disperare, neajutorat, lipsit de valoare)

0=Absentă

1=Aceste sentimente sunt indicate doar la întrebare directă

2=Aceste sentimente se exprimă spontan în mod verbal

3=Comunică sentimentele non-verbal, prin expresia feței, postură, voce, tendința de a plînge

4=Exprimă practic numai aceste sentimente, atît în mod spontan verbal, cît și non-verbal

2. Sentimente de vinovăție \În ultima săptămână v-ați invinovațit de ceva simțînd ca ați făcut ceva rău sau i-ați decepționat pe alții?

0= nu

1= auto-reproșuri simțînd că ați decepționat pe alții

2= idei de vinovăție pentru greșelile sau păcatele din trecut

3= boala prezentă este drept pedeapsă

4= voci acuzatorii sau denunțatoare și/sau halucinații vizuale ce pun în pericol viața

3. Intenții de suicid \Ați avut în ultima săptămână vre-un gând că viața nu merită să fie trăită ori că mai bine ar fi să muriți?

0= nu

1=Senzație că nu merită de trăit

2=Dorința de a fi mort sau orice gânduri despre o posibilă propria moarte

3=Idei de suicid

4=Încercări de suicid

4. Insomnie precoce (de început) \ Cum ați dormit în ultima săptămână? Ați avut vreo problemă să adormiți?

0=Nici o dificultate la adormire

1=Dificultate ocazională de adormire mai mult de 30 minute

2=Dificultate permanentă de adormire

5. Insomnie mijlocie *În timpul ultimei săptămâni s-a întâmplat să vă treziți în timpul nopții?*

0=Nici o dificultate

1=Sunt probleme de odihnă, somnul este superficial și deranjează toată noaptea

2=Trezire frecvente în timpul nopții

6. Insomnie tardivă *Ați simțit că somnul Dvs a fost neliniștit sau perturbat în unele nopți? La ce oră vă treziți dimineața în ultimul timp (în ultima săptămână)?*

0=Nici o dificultate

1=Trezire în primele ore ale dimineții, dar revine la somn

2=Incapabil să se mai culce odată trezit

7. Capacitatea de muncă și activități *Cum v-ați petrecut timpul când nu ați fost la lucru?*

0=Nici o dificultate

1=Gânduri și senzații de incapacitate, oboseală sau slăbiciune legate de activități de lucru sau hobby-uri

2=Pierderea interesului în activitățile de lucru sau hobby-uri, fie spuse direct sau indirect prin apatie, nesiguranță, indecizie și versatilitate (simte că se impune să lucreze sau să îndeplinească ceva.

3=Reducerea timpului petrecut în activități și scăderea productivității

4=Refuzul oricărei activități din cauza bolii

8. Retard psihomotor (încetinirea vorbirii și gândirii; incapacitatea de a se concentra, activitate motorică scăzută)

0=Vorbire și gândire normală

1=Întârziere ușoară în convorbire

2=Întârziere evidentă în convorbire

3=Discuție dificilă

4=Stupoare completă

9. Agitație

0=Absentă

1=Tremură mâinile, stare de neliniște

2=Mišcări haotice, neexplicabile cu mâinile etc.

3=Mișcare permanentă, nu poate sta locului

4=Scrierea neclară, mușcarea buzelor, tragerea parului, obiceiul de a mânca unghii

10. Anxietate psihologică\ În ultima săptămână v-ați simțit tensionat și iritabil?

0=Absentă

1=Tensiune subiectivă și iritabilitate

2=Stare îngrijorătoare față de chestiuni minore

3=Atitudine îngrijorătoare exprimată prin vorbă și prin expresia feței

4=Exprimă frica fără a fi întrebat

11. Anxietate somatică (manifestări fiziologice gastro-intestinale – meteorism, dispepsie, diaree; cardiovasculare – cefalee, palpitații; transpirații, hiperventilație, urinări frecvente etc)\ În ultima săptămână ați avut vreunul din aceste simptome fizice?

0=Absentă

1=Ușoară

2=Medie

3=Severă

4=De incapacitate

12. Simptome gastrointestinale somatice\ Cum a fost pofta de mâncare în ultima săptămână?

0=Absent

1=Pierderea apetitului, dar mănâncă fără încurajarea celor din jur, cantitatea de mâncare – normală

2=Mănâncă dificil nefiind încurajat de altcineva; cantitate redusă de mâncare; sunt necesare medicamente

13. Simptome somatice generale\ Ați avut energie în ultima săptămână? Ați fost obosit tot timpul?

0=Absent

1=Greutate în membre, spate sau cap. Dureri de cap, de spate, fatigabilitate

2=Orice simptome acute

14. Simptome genitale\ Ați fost interesat de sex în ultima săptămână?

0=Absent

1=Minore

2=Severe

15. Hypocondrie\ În ultima săptămână v-ați gândit mai mult la sănătatea Dvs sau la cum funcționează corpul (comparativ cu modul obisnuit)?

0=Nu e prezentă

1=Autoabsorbție (corporală)- ocazional

2=Preocupări exagerate de propria sănătate

3=Plângeri frecvente, cererea ajutorului medical frecvent

4=Iluzii hipocondrice

16. Pierderea greutății\ Ați slăbit de când sunteți depresiv?

0=Nu s-a pierdut din greutate

1=Pierderi de greutate în legătură cu bolile prezente

2=Pierderi semnificative de greutate

3=Imposibil de evaluat

17. Înțelegerea critică a bolii

0=Recunoaște, fiind depresiv și bolnav

1=Recunoaște boala dar motivează că este legat de: mîncare rea, climă, suprasolicitare fizică sau psihică, virus, etc

2=Infirmă fiind bolnav evident

18. Variația diurnă\ În această ultimă săptămână v-ați simțit mai bine sau mai rău dimineața sau seara?

A: Notează cînd simptomele devin mai exprimate - dimineața sau seara. Dacă nu este nici o variație diurnă, înseamnă "0"

0=Nici o variație

1=Mai rău dimineața

2=Mai rău seara

B: Dacă este prezent, subliniază severitatea variației. Înseamnă "0" dacă nu este nici o variație

0=Absent

1=Minoră

2=Severă

19. Depersonalizarea și derealizare (ca simțul irealității) \ În ultima săptămână ați simțit vreodată brusc că totul devine ireal sau ca în vis sau străin?

0= nu

1=Minor

2=Moderat

3=Sever

4=Incapacitate

20. Simptome paranoideale \ În săptămâna trecută ați simțit că toți vor să vă rănească sau să vă facă rău?

0= nu

1= suspiciuni frecvente

2= idei de referință

3= iluzii de referință sau persecuție

21. Simptome compulsive și obsesionale \ În ultima săptămână au existat lucruri pe care a trebuit să le faceți mereu, precum să verificați dacă ați închis ușa de mai multe ori?

0= nu

1= rareori

2= deseori

Chestionar “Profesorii”

1. Vârsta (ani) - _____
2. Apartenența la gen : ☐ M
 ☐ F
3. Starea familială : ☐ celibatar,-ă ☐ divorțat,-ă
 ☐ căsătorit,-ă ☐ văduv,-ă
4. Înregistrați tipul de localitate în care derulați cea mai mare parte a activității profesionale: ☐ municipiu
 ☐ mediu urban
 ☐ mediu rural
5. Vechimea de muncă în învățământ (ani) - _____
6. Care credeți că ar trebui să fie principala funcție a școlii:
☐ De formare profesională ☐ De formare a cetățenilor
☐ De transmitere de cunoștințe ☐ De socializare a elevilor
☐ Altele.....
7. Cum reacționați când un elev vă corectează la o greșală atunci când predăți?
☐ Vă supărați
☐ Îi atrageți atenția că e obraznic
☐ Nu-i acordați atenție
☐ Îl felicitați pentru spiritul de observație
☐ Vă corectați fără să dați nicio explicație
☐ Alta variantă.....
8. Care este modalitatea cea mai utilizată de dumneavoastră în predare:
☐ Dictați lecția
☐ Faceți schema lecției pe tablă
☐ Implicați activ elevii în activitate didactică
☐ Realizați activități pe grupe
☐ Dați sarcini individuale elevilor
☐ Implicați toți elevii în desfășurarea lectiei

9. Temele majore de discuție cu colegii de cancelarie sunt:

- ☐ politică ☐ probleme de comunicare cu elevii
☐ viață de familie ☐ modalități de lucru cu elevii
☐ probleme conflictuale la nivelul clasei ☐ modalități de evaluare
☐ altele.....

10. Ce fel de relații există între d-voastră și colegii de cancelarie?

- ☐ de respect ☐ de prietenie
☐ de invidie ☐ de colaborare
☐ de întraajutorare reciprocă ☐ conflictuale
☐ suspiciune ☐ vinovăție
☐ altele.....

11. Într-un conflict în clasa de elevi cum gestionați situația?

- ☐ îl lăsați să se stingă de la sine
☐ informați directorul și-l lăsați pe el să se ocupe
☐ întrerupeți conflictul și aplicați sancțiuni
☐ discutați cu toată clasa pe marginea conflictului
☐ discutați cu elevii implicați și încerați să rezolvați împreună cu ei situația
☐ solicitați ajutor din partea psihologului școlar

12. Ați căpătat în timpul activității profesionale careva deprinderi dăunătoare ?

- ☐ fumatul
☐ consum de alcool
☐ abuz de medicamente
☐ hipodinamia
☐ alimentare nerațională

13. Sunteți predispus ereditar față de unele boli? Da ☐ Nu ☐

(precizați): _____

14. Suferiți de vre-o maladie cronică? Dacă da, indicați:

- ☐ Hipertensiune arterială ☐ Boli sistemului digestiv
☐ Diabet zaharat ☐ Boli de piele
☐ Boli bronhopulmonare ☐ Boli nefrouinare

☐alte _____

15. Ați constatat agravarea stării de sănătate în legătură cu activitatea profesională a D-voastră ?

Da ☐ Nu ☐

16. Aveți dereglări de somn ?

- adesea ☐

- uneori ☐

- niciodată ☐

17. Care dereglări de somn predomină?

☐ adormire dificilă

☐ oboseală dimineața

☐ treziri frecvente

☐ visuri, coșmar

18. Vă simțiți izolat, singur, chiar și printre prieteni?

Da ☐ Nu ☐

19. Vi se întâmplă să fiți deranjat (jenat) de o stare de nervozitate, iritabilitate sau tensiune:

- adesea ☐

- uneori ☐

- niciodată ☐

20. Vi se întâmplă destul de des să fiți cuprins de o senzație de oboseala generală?

Da ☐ Nu ☐

21. Considerați că activitatea profesională a D-voastră influențează sănătatea membrilor familiei, celor apropiați ?

Da ☐ Nu ☐

22. Cum apreciați pe o scară de la 1 la 5 (1-nesatisfăcător ; 5-excelent) funcționarea actuală a sistemului sanitar în RM ?

1- ☐ 2- ☐ 3- ☐ 4- ☐ 5- ☐

23. Ce propuneri aveți pentru ca serviciile medicale să corespundă dorințelor și cerințelor D-voastră ?

a) _____

b) _____

24. Care sunt proplemele predominante după părerea D-voastră:

☐ legate de sănătate

☐ familiare

☐ materiale ☐ cariera profesional

25. Suportati o suprasarcină profesională frecventă sau permanentă?

☐ deloc ☐ deseori
☐ uneori ☐ permanent

26. Sînteti dominat de sentimentul urgenței și/sau există o ambianță puternic competitivă la locul D-voastră de muncă?

☐ deloc ☐ deseori
☐ uneori ☐ permanent

27. Sunteți optimist în privința carierei D-voastră?

☐ da ☐ oarecum ☐ nu





Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 4596

Pentru inovația cu titlul

Managementul tratamentului disomniilor la judecători.

Inovația a fost înregistrată pe data de **29.01.2008**
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**MEREUȚĂ ION
TÎNȚIUC DUMITRU
ROTARU GHENADIE**



Data eliberării

28.02.2008

Laternu
(Semnătură autorizată)



Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 4597

Pentru inovația cu titlul

**Aspecte manageriale în tratamen-
tul stresului psihemoțional profes-
nal la judecători.**

Inovația a fost înregistrată pe data de **29.01.2008**
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**MEREUȚĂ ION
ROTARU GHENADIE
MUMTEANU LIUBA**



De aprobării **28.02.2008**

D. I. I.
(Semnătura autorizată)



Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 4595

Pentru inovația cu titlul

**Metoda de tratament a nevrozelor
la judecători.**

Inovația a fost înregistrată pe data de **29.01.2008**
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**MEREUȚĂ ION, ROTARU GHENADIE,
CARAUȘ VADIM.**



la data de eliberării **28.02.2008**

La Teranu
(Semnătura autorizată)



Republica Moldova
Ministerul Sănătății

CERTIFICAT DE INOVATOR

Nr. 4595

Pentru inovația cu titlul

**Metoda de tratament a nevrozelor
la judecători.**

Inovația a fost înregistrată pe data de **29.01.2008**
la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"Nicolae Testemițanu"

Se recunoaște calitatea de autor(i)

**MEREUȚĂ ION, ROTARU GHENADIE,
CARAUȘ VADIM.**



la liberării 28.02.2008

G. Ionescu

(Semnătura autorizată)



**Ion MEREUȚĂ
Nicolae BUCUN
Ghenadie ROTARU**



Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova



Design:
Leo Axinte

Tipar:
FEPI "INFOHANDI" SRL